ANNÉE 1886

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

CINQUANTE-SEPTIÈME ANNÉE — SEPTIÈME SÉRIE — TOME III

DIRECTEUR, RÉDACTEUR EN CHEF

Docteur F. DE RANSE

PARIS

Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

DU TRAITEMENT DU PÉDICULE DANS L'HYSTÉROTOMIE ET DE LA LIGATURE ÉLASTIQUE (1), par M. le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine.

La question du traitement du pédicule après l'opération de l'ovariotomie ne divise plus guére aujourd'hui les chirurgiens. Tout le monde, ou à peu prés, est d'accord pour remplacer le traitement extra-péritonéal par la réduction dane l'abdomen aprés ligature soigneusement faite avec un lien antiseptique. Les avantages de cette méthode sont considérables, et il serait oiseux de les faire de nouveau ressortir.

Le probléme est plus complexe lorsque, au lieu d'un pédicule membraneux, médiocrement vasculaire et sur lequel la ligature a une prise facile et tenace, tel, en un mot, qu'il se présente d'ordinaire après l'ablation d'un kyete ovarique, on se trouve, comme cela a lieu après certaines hystérotomies, en présence d'une masse charnue souvent trés épaisse, gorgée de sucs qui rendent difficile toute constriction durable, parcourue par des vaisseaux énormes, artères ou sinus veineux dont l'hémostase définitive n'offre jamais une sécurité parfaite. Au danger d'hémorrhagie retardée ou secondaire vient, pour heaucoup de pédicules utérins, s'en joindre un antre sur lequel on n'a peut-être pas assez insisté et qui rend dangereux l'abandon dans l'abdomen : je veux parler de l'ouverture par le bistouri de la cavité utérine, constante aprés l'hystérectomie supra-vaginale, fréquente après la myomotomie ou extirpation de fibrome intra-pariétal. Malgré tout le soin qu'on peut apporter alors à la suture du moignon, à l'affrontement de la plaie utérine et de son revêtement péritonéal, qui ne voit combien est grave la présence dans le petit bassin d'une solution de continuité qui, pour peu que la réunion par première intention ne soit pas rigoureusement parfaite, fait communiquer la cavité péritonéale avec l'extérieur par l'intermédiaire du canal vaginal, si difficile à maintenir aseptique?

Donc, en résumé, deux caractéres redontables peuvent séparer le pédicule utérin du pédicule ovarique : 1° la vascularité extrême ; 2° la présence d'une cavité faisant partie des voies génitales. L'un crée un danger d'hémorrhagie secondaire, l'autre de septicémie. Quand l'un ou l'autre existe, il différencie radicalement le pédicule utérin d'avec le pédicule ovarique et impose une conduite particulière à l'opérateur, qui doit alors tout sacrifier au besoin de se mettre en garde contre ces sources de danger.

C'est dans ces cas, — et ces cas constituent la majorité, — que la réduction du pédicule dans l'abdomen nous paraît formellement contre-indiquée et que nous préconisons la ligature élastique à l'extérieur, comme elle sera décrite plus loin.

Si cette condition constitue la régle, elle comporte des exceptions. Assez souvent encore, soit aprés l'ablation des fibromes pédiculés, soit même après l'énucléation par la voie abdominale de fibromes interstitiels, on se trouve avoir affaire à un pédicule plein (ne communiquant pas avec la cavité utérine), peu saignant, ou à une plaie utérine dont les lambeaux peu vasculaires peuvent être facilement rapprochés. Alors le traitement intra-péritonéal n'offre que des avantages; il est évidemment le « procédé de choix ». Alors aussi les moyens de ligature et de suture employés pour le pédicule ovarique peuvent suffire.

Il est enfin des cas moins favorables où le traitement intra-péritonéal doit être forcément adopté comme un « procédé de nécessité ». Ce sont ceux où la brièveté et l'inextensibilité du pédicule utérin sont telles qu'il ne peut être maintenu entre les lèvres de la plaie abdominale malgré la vascularité et l'ouverture de la cavité utérine qui rendraient ce maintien nécessaire. Voici quelle sera alors la conduite du chirurgien : le pédicule est-il médiocrement vasculaire? On fera les ligatures et l'affrontement des lèvres du moignon excavé (selon le procédé de Schrœder) avec la soie antiseptique. Est-il trés saignant? On ne devra pas hésiter à faire une ligature élastique perdue. On doit en effet alors courir au plus pressé, parer au danger le plus grand. Or ce danger, c'est l'hémorrhagie retardée qui emporte une si grande quantité d'opérées dane de pareilles conditions.

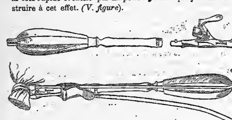
Certes il n'est pas non plus sans danger d'abandonner dans le ventre un cordon de caoutchouc et surtout peut-être un pédicule voué à la prompte nécrobiose sous son étreinte : *à priori*, la chose paraît même si grave qu'on n'oserait s'y résoudre si, non seulement les expériences sur les animaux, mais surtout les nombreuses opérations d'Olshausen, de Hegar et Kaltenbach, de Fischer, d'Ahlfeld, etc., n'avaient péremptoirement démontré que la ligature élastique peut être définitivement tolérée par le péritoine. Il lui arrive parfois de pro-

(1) Communication faite au Congrès français de chirurgie le 10 avril 1885.

voquer tardivement une inflammation éliminatrice, mais celle-ci demeure généralement très modérée et le corps étranger est expulsé sans danger pour la malade.

Je me suis réservé de parler en dernier lieu du procédé de ligature applicable à la grande majorité des pédicules utérins, ceux qui sont saignants et ceux qu'on ne doit pas réduire. Ce procédé, que j'ai été le premier à préconiser en France (1) et qui, d'abord accueilli avec méfiance par mes collègues de la Société de chirurgie, est maintenant, je crois, adopté par la plupart d'entre eux, ce procédé, c'est la *ligature élastique* que je pratique en suivant les préceptes si bien formulés par Hegar (2). Tontefois, tandis que l'éminent gynécologiste se sert de *tubes* de caoutchouc, je préfère les *cordons* de cette substance, qui ont plus de force à grosseur égale : ceux que j'emploie ont 5 millimètres de diamètre. La ligature élastique, dont la constriction toujours active, pour ainsi dire, se maintient et se poursuit en vertu de l'élasticité du lien qui a été fortement sollicitée au moment de son application, offre une sécurité tout à fait incomparable. (Je désire formuler ici une remarque essentielle : c'est que pour avoir une constriction définitive efficace et sûre, il faut faire deux tours au moins au lien qui entoure le pédicule).

Ce n'est pas seulement comme moyen d'*hémostase définitive* que la ligature est précieuse : c'est aussi pour l'*hémostase temporaire*, si utile à assurer dès le début de l'opération. Je ne manque jamais, pour ma part, de placer d'emblée un lien élastique au pied de toute tumeur utérine, en perforant au besoin le ligament large avec une aiguille mousse, dans le chas de laquelle j'ai fait passer le cordon élastique (attiré par une anse de fil qui l'étire et l'amincit). Il n'est généralement pas nécessaire de faire exécuter deux tours au cordon pour cette constriction provisoire, et son application est rendue à la fois rapide et facile par un petit *ligateur* que j'ai fait construire à cet effet. *(V. figure)*.



Cet instrument (que j'ai sensiblement amélioré depuis que je l'ai présenté en novembre 1883 à la Société de chirurgie) se compose de deux pièces se démontant à volonté par un système de baïonnette, ce qui permet d'enlever le manche et de laisser au besoin seule en place la pièce antérieure qui assure la constriction. Cette dernière se termine par un anneau elliptique aplati et brisé, divisé à sa partie médiane par une barrette verticale montée sur un ressort. La tige qui lui succède est munie d'une excentrique, avec échancrure latérale permettant le passage du cordon. Le simple abaissement d'une pédale mobile permet de fixer celui-ci solidement. (On ne doit pas oublier que la pédale ne peut jouer facilement et utilement que si le cordon élastique est préalablement bien tendu). Grâce à cet instrument, la constriction élastique peut être opérée par une seule personne. Il suffit pour armer l'instrument de procéder de la sorte : 1° fixer l'extrémité du cordon élastique en l'engageant dans une petite fourche qui termine le manche ; 2° faire passer le cordon dans l'échancrure de l'excentrique et dans une des moitiés de l'anneau brisé terminal. — Ces deux manœuvres se font en moins d'une seconde chacune, et l'instrument est dès lors armé. — Pour opérer la constriction, il suffit : 1° de tendre le cordon élastique et d'entourer le pédicule par deux tours ; 2° de faire passer le cordon toujours tendu dans la seconde moitié de l'anneau brisé terminal, et 3°, au-dessous de l'excentrique ; 4° abaisser la pédale et lâcher le cordon ; dégager aussi l'extrémité engagée dans la fourche du manche.

Cette seconde manœuvre peut être effectuée en deux secondes.

Pour l'hémostase provisoire, le mieux est de laisser en place la tête de l'instrument en enlevant le manche qui sert à placer de même sur les ligaments larges une seconde et une troisième ligature. On peut ainsi opérer sur l'utérus sans plus craindre l'hémorrhagie que sur un membre où l'hémostase est maintenue par le compresseur d'Esmarch.

Désire-t-on rendre la ligature élastique définitive et enlever l'instrument ? Rien de plus simple :

On retourne l'instrument de manière à ce que le cordon se croise sur la barrette. Avec une soie très forte, on lie le point d'entrecroisement, en avant de l'instrument ; le premier nœud doit être passé deux fois (nœud du chirurgien). On coupe la soie au ras. On opère alors une légère traction sur l'instrument, ce qui permet de placer une seconde ligature de sûreté, avec de la soie, à quelques millimètres de la première, et de la même manière. On relève ensuite la pédale, on relâche le lien élastique et on coupe ses extrémités à la longueur désirée.

Je crois ce petit appareil appelé à rendre, pour la ligature élastique, des services analogues à celui que la ligature Cintrat a rendus pour l'application rapide et facile de la ligature métallique ; la ligature élastique doit, à mon sens, remplacer celle-ci dans la grande majorité des cas. Quel que soit, du reste, le sort que lui réserve l'avenir, mon instrument n'aura pas été inutile, s'il a pu contribuer à vulgariser, à ses débuts, une méthode de ligature fidèle, grâce à laquelle un nombre considérable d'opérées échapperont à la mort par hémorrhagie.

Le petit tableau suivant résume d'une manière nette les propositions que j'ai formulées :

PÉDICULES TRÈS SAIGNANTS.	*A.* Suffisamment longs : *ligature élastique du pédicule maintenu à l'extérieur.* *B.* Insuffisamment longs : *ligature élastique abandonnée dans le péritoine.*
PÉDICULES PEU SAIGNANTS ET CREUX (avec ouverture de la cavité utérine).....	*A.* Suffisamment longs : *traitement extra-péritonéal (de choix); ligature élastique* *B* Insuffisamment longs ; *traitement intra-péritonéal (de nécessité), suture à la soie par le procédé de Schrœder.*
PÉDICULES PEU SAIGNANTS ET PLEINS..............	*Ligature à la soie et abandon dans la cavité péritonéale* (comme dans l'ovariotomie).

(1) *Note sur la technique de la ligature élastique du pédicule utérin dans l'hystérotomie abdominale* (BULL. DE LA SOC. DE CHIRURGIE, 28 novembre 1883).

(2) *Hegar und Kaltenbach. — Die operative Gynækologie*, p. 432 *(Zweite Auflage)*; page 356 de la traduction française du docteur Bar.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA SYPHILIS AMYGDALIENNE A FORME DIPHTHÉROÏDE. — Leçon faite à l'hôpital de la Pitié par M. ALBERT ROBIN, suppléant M. le professeur JACCOUD; Recueillies par M. ED. JUHEL-RÉNOY, chef de clinique-adjoint de la Faculté.

I

Les manifestations syphilitiques de l'isthme du gosier donnent fréquemment lieu à des erreurs de diagnostic. — Dans notre cas, la première impression fut celle d'une angine diphthéritique. — Description des plaques de l'arrière-bouche et du palais. — Eruptions cutanées et vulvaires nettement syphilitiques. — Motifs qui font repousser l'idée d'une angine diphthéritique chez une syphilitique. — On conclut à une affection syphilitique de l'isthme du gosier.

Messieurs,

Je vous ai prié tout à l'heure de vous arrêter au n° 22 de la salle Laënnec pour examiner l'arrière-gorge de la jeune fille qui occupe ce lit. Aucun de vous, sans doute, ne s'est mépris sur la nature spécifique de ce mal de gorge dont elle souffre, et vous avez reconnu, à sa teinte opaline, et à ses autres caractères, la manifestation syphilitique secondaire qui porte le nom de « plaque muqueuse ». Et vous vous êtes probablement demandé pourquoi je vous avais engagé avec tant d'insistance à étudier un cas qui, à l'heure actuelle, ne présente que les signes d'une lésion banale de la syphilis.

C'est que ce diagnostic, si facile aujourd'hui que personne ne s'y tromperait, a été d'une certaine difficulté quand la malade s'est présentée à nous pour la première fois. Les plaques muqueuses que vous voyez si nettement n'avaient pas l'apparence classique qui les rend maintenant si reconnaissables; même une erreur temporaire a été commise, et c'est pourquoi je voudrais profiter de la présence de cette jeune fille dans nos salles pour attirer votre attention sur quelques-unes des erreurs de diagnostic auxquelles la syphilis de l'isthme du gosier peut donner lieu.

L'histoire de notre malade constitue l'exemple le plus frappant que je puisse mettre sous vos yeux.

Le 27 août dernier, elle se présentait à la consultation de la Pitié. Mon chef de clinique, M. le docteur Juhel-Rénoy, qui la vit le premier, me décrivit son état ainsi qu'il suit : la malade était assise sur un banc, comme affaissée sur elle-même, et quand vint son tour, elle eut peine à se lever et à faire les quelques pas qui la séparaient de nous. Encore fallut-il qu'on l'aidât et qu'on la soutînt, sans quoi elle fût certainement tombée. Sa figure était d'une extrême pâleur; elle parlait bas d'une voix entrecoupée et à timbre nasonné, se plaignant d'avoir de la fièvre et mal à la gorge depuis cinq à six jours. A l'inspection du pharynx, on voyait un exsudat qui couvrait les deux amygdales, la luette et une partie du voile du palais. Cet exsudat, blanc grisâtre, couenneux, d'aspect cohérent, avait absolument l'aspect diphthéritique.

Les ganglions sous-maxillaires et parotidiens étaient douloureux et engorgés au point de produire une légère déformation de ces régions. L'anorexie était absolue, la fièvre vive, le pouls fréquent et petit; et malgré la température extérieure et la fièvre, les parties découvertes étaient presque froides.

En présence de cet état général, de ces pseudo-membranes de l'arrière-bouche, M. Juhel-Rénoy, qui voyait la malade habillée, le cou perdu dans des foulards de laine, déclara aux assistants qu'on se trouvait en présence d'une angine diphthéritique et fit isoler la malade.

Quand je la vis le lendemain matin, la situation s'était déjà quelque peu modifiée; d'abord, la fièvre était tombée (37,8), et si la face avait gardé sa pâleur, si la voix restait toujours faible et nasonnée, si les ganglions du cou faisaient saillie à l'œil, l'état général cependant n'offrait plus l'aspect de haute gravité qui avait frappé la veille M. Juhel-Rénoy. En outre, la malade étant découverte, nous eûmes à notre disposition le moyen de rectifier immédiatement le diagnostic primitivement porté, lequel, d'ailleurs, avait été modifié également par mon chef de clinique.

J'examinai la gorge. Sur la face antérieure de l'amygdale droite existait une plaque blanc-grisâtre, qui s'étendait sur le pilier antérieur du voile palatin. A gauche, l'amygdale tout entière était tapissée par une pseudo-membrane blanchâtre, épaisse et paraissant cohérente. De ce même côté, l'arcade qui sépare la luette de l'amygdale était recouverte par une plaque assez étendue pour entourer en partie la luette qu'elle enchassait à moitié. Enfin, il y avait sur le voile du palais une quatrième plaque séparée des précédentes par un espace de 2 millimètres environ; celle-ci était ovalaire, avec les dimensions d'une pièce de vingt centimes, et formée d'une pellicule membraneuse assez mince pour qu'il fût possible de voir qu'au-dessous d'elle la muqueuse était exulcérée. Cette plaque paraissait d'origine plus récente que les autres; du moins M. Juhel-Rénoy ne se souvenait pas de l'avoir constatée lors de son premier examen.

Toutes les plaques que je viens de vous décrire n'étaient pas aussi isolées que dans ma description, sauf cependant la plaque palatine. En observant avec attention, on voyait entre elles comme des tractus opalins; mais leurs bords étaient réguliers, légèrement surélevés sur les parties voisines, lesquelles avaient pris à leur niveau une teinte rosée plus foncée.

L'aspect de ces plaques n'était pas seulement diphtéroïde, mais encore nettement diphthéritique, et si quelque distinction pouvait être tentée, ce n'était qu'au prix d'un examen beaucoup plus minutieux que je me proposais de faire, quand j'aperçus, au niveau du triangle sus-claviculaire gauche, une grosse papule cuivrée dont les bords portaient cette fine desquamation connue sous le nom de collerette de Bett. Découvrant alors la malade, nous constatons que son thorax et son abdomen étaient couverts de macules rouge-pâle, donnant à la peau une apparence marbrée plus visible encore quand on se plaçait à contre-jour. Il était donc hors de doute que nous nous trouvions en présence d'une éruption syphilitique secondaire.

Au niveau de la région vulvaire, il y avait un grand foyer de plaques cutanéo-muqueuses qui, par le fait de l'humidité de la région ou de l'incurie de la malade, avaient pris un développement exagéré et se présentaient sous l'aspect de condylômes. Dans les aines, on percevait l'existence d'une pléiade ganglionnaire caractéristique.

Donc, un premier point restait acquis et indiscutable, c'était une syphilis secondaire reconnaissable à tous ses caractères. Il ne s'agissait plus que de rechercher si les accidents gutturaux qui avaient tout d'abord frappé l'attention dépendaient

ou non de cette syphilis, et dans le cas affirmatif, de déterminer à quel titre ils devaient être rattachés à celle-ci.

Pouvait-on songer, tout d'abord, à une *diphtérie survenue chez une syphilitique?* An premier aspect, l'état général, l'engorgement ganglionnaire, l'apparence des plaques de la gorge donnaient une certaine créance à cette manière de voir. Mais, d'un côté, l'état général, qui paraissait si sérieux la veille, s'était fort heureusement modifié depuis vingt-quatre heures, en même temps que les plaques amygdaliennes augmentaient de nombre et d'étendue, ce qui constitue un premier désaccord d'une certaine importance. Puis la malade accusait de l'appétit et demandait à manger. D'un autre côté, l'examen local révélait dans la manière d'être des lésions gutturales des particularités qui n'appartiennent pas à la diphtérie. C'était, en premier lieu, cette plaque palatine, isolée, recouvrant une ulcération manifeste: or, la diphtérie se cantonne à l'isthme du gosier, la paroi postérieure du pharynx, le voile du palais, mais atteint rarement la portion dure de la voûte palatine, tandis que la plaque à laquelle je fais allusion s'étendait jusque sur l'os palatin. En outre, cette plaque était légèrement exulcérée et recouverte d'un enduit grisâtre; on eut dit que la muqueuse avait été touchée à ce niveau avec un crayon de nitrate d'argent. Enfin, si l'enduit qui tapissait l'isthme du gosier présentait à l'œil la couleur, la cohérence, l'épaisseur d'une membrane diphtéritique, on était tout étonné, en le touchant avec le doigt ou avec un pinceau, de voir que cette apparence était vaine et que l'enduit se détachait facilement, sous forme de petits grumeaux, comme ces enduits pultacés que vous connaissez tous.

La conclusion qui se dégageait de cet ensemble était formelle: notre malade était atteinte d'une *angine syphilitique* particulière; et si les caractères que je viens de vous rappeler avaient laissé subsister quelque doute, l'éruption cutanée, les plaques muqueuses vulvaires faisaient cesser toute hésitation.

(A suivre.)

REVUE DE PHYSIOLOGIE

I. APPLICATIONS DE LA MÉTHODE GRAPHIQUE A QUELQUES POINTS DE LA PHYSIOLOGIE DU GROS INTESTIN, par le docteur G. ROUCH. Un vol. in-8°. Paris, O. Doin, 1885. — II. TRAITÉ DE THERMOMÉTRIE MÉDICALE, par P. REDARD. Un vol. in-8°. Paris, J.-B. Baillière, 1885. — III. ETUDE SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU CHLOROFORME: *Modifications dans la quantité d'acide carbonique exhalé sous l'influence des inhalations chloroformiques*, par G. PALIS. Thèse de doctorat, Paris, 1885. — IV. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR L'ACTION SOMNIFÈRE DE LA BOLDO-GLUCINE, par R. JURANVILLE. Thèse de doctorat. Paris, 1885. — V. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CROISSANCE CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX, par SAINT-YVES MÉNARD. Thèse de doctorat. Paris, Asselin et Houzeau, 1885. — VI. RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LES VEINES DU RACHIS, par CH. WALTHER. Thèse de doctorat. Paris, 1885.

I. La physiologie du gros intestin offre encore trop de points inexplorés ou imparfaitement connus pour qu'on n'accueille pas avec un vif intérêt tout travail qui a trait au fonctionnement de cet organe. Bien des difficultés d'ailleurs s'opposent à de telles recherches: la situation même de l'organe, le manque de procédés d'examen et d'appareils éprouvés, l'ennui d'étudier sur soi-même et sur les animaux des phénomènes comme la défécation ou les coliques, etc. Il n'en faut savoir que plus de gré à ceux qui surmontent ces obstacles.

On ne peut assurément pas considérer le travail de M. Rouch sur la physiologie du gros intestin comme une étude, non pas complète — saurait-on dire s'il en est de telles dans les sciences biologiques? — mais méthodique de la question. C'est surtout un recueil de faits, dont beaucoup, à la vérité, sont bien observés et présentent un réel intérêt; et il est permis de regretter qu'il n'y ait pas au moins un essai d'interprétation, d'explication générale de tous ces faits.

Quoiqu'il en soit, l'auteur décrit d'abord les appareils dont il s'est servi pour explorer les mouvements de l'intestin. Malgré la suffisante clarté de cette description, une figure, au moins schématique des dispositifs employés, qui du reste ne laissent pas d'être ingénieux, n'aurait pas été inutile. Grâce à ces dispositifs, M. Rouch a été à même de bien étudier les contractions du gros intestin dans ses différents points (contractions du cœcum, du colon, du rectum), leur rythme, leur forme, leur durée, leurs variations sous diverses influences qui s'exercent normalement, telles que l'influence de la respiration et celle de la circulation. La question des contractions antipéristaltiques, cliniquement si importante, n'est que posée; l'auteur paraît s'en être fort peu occupé.

Les mouvements intestinaux étant connus en eux-mêmes, il s'agit de savoir quelles en sont les causes déterminantes? M. Rouch met hors de doute l'action des excitations mécaniques locales, que Schiff cependant a contestée, l'action des excitations sensorielles et des émotions, et celle des diverses modifications de la circulation (augmentation et diminution de pression). Relativement à l'influence des excitations sensorielles sur les contractions intestinales, il y avait d'intéressantes expériences de psycho-physiologie à faire. Dans leur remarquable travail sur les fonctions de la vessie (voy. ARCH. ITALIENNES DE BIOLOGIE, t. I, 1882), Mosso et Pellacani n'ont pas manqué d'insister sur ce point. Il faut regretter que M. Rouch n'ait pas écrit le chapitre qui eût été le pendant de l'étude des physiologistes italiens. — Il ne s'est pas davantage arrêté sur l'action des aliments. On admet en général que le contact des aliments avec la muqueuse détermine, par un mécanisme réflexe, des contractions intestinales. Schiff, toutefois, a combattu cette opinion et fait dépendre la production des mouvements intestinaux de l'afflux sanguin qui résulte de l'arrivée des aliments. M. Rouch se contente de poser le problème.

Le gros intestin se contracte aussi sous l'influence de certaines substances médicamenteuses et toxiques. L'auteur distingue l'action des purgatifs salins de celle des purgatifs drastiques, ces derniers seuls amenant une exagération des contractions. Le tabac, la muscarine, la pilocarpine, le gelsemium sempervirens agissent de la même façon. Au contraire, la morphine, le chloral, le chloroforme, ralentissent et suppriment les mouvements intestinaux.

A ce point de son travail, l'auteur place un chapitre de physiologie pathologique qui venait tout naturellement: il s'agit des coliques. On considère en général, avec Traube, la colique comme une contraction musculaire douloureuse, produite par la tension des parois intestinales. Des expériences bien conduites et qu'il a faites sur lui-même ont amené M. Rouch à

modifier légèrement cette théorie. Il montre d'abord que la colique n'est pas provoquée toujours par une distension mécanique; elle peut résulter aussi d'une irritation de la muqueuse intestinale, comme cela se passe avec le séné ou les purgatifs analogues. De plus, la colique paraît être moins une contraction péristaltique, une onde contractile se transmettant de proche en proche, qu'un spasme, une crampe de la tunique musculaire. En effet, M. Rouch n'a jamais observé dans la colique de contractions de longue durée; c'est seulement la force de la contraction qui est beaucoup plus grande qu'à l'état normal. En tout cas, la douleur coïncide toujours avec une contraction et en suit toutes les phases, son intensité étant en rapport avec celle même de la contraction.

Restait à étudier la fonction propre du gros intestin, c'est-à-dire la défécation. C'est la partie la plus importante du travail de M. Rouch et celle qui est traitée de la manière la plus complète. Dane d'intéressantes expériences faites sur lui-même et sur les animaux, l'auteur a déterminé d'abord le rôle des divers muscles qui interviennent dans la défécation (sphincters interne et externe, releveur de l'anus, fibres lisses du rectum), puis mesuré l'effort que cet acte exige, et simultanément enregistré la progression du bol fécal. C'est grâce à la méthode graphique qu'il a pu étudier tous ces phénomènes. Il résulte de ces recherches que la défécation consiste en une série de contractions simples qui augmentent graduellement de force et d'intensité et se succèdent dans un intestin déjà en tension; en même temps les efforts, qui sont développés dans l'acte dont il s'agit, se succèdent assez rapidement ou sont séparés par des intervalles de repos, suivant les cas, la surpression intestinale dépendant de ces diverses actions musculaires et le bol fécal progressant par saccades, d'un mouvement dont la vitesse est proportionnelle à la force développée par chaque effort. — La défécation des liquides et celle des gaz s'accomplit, en général, à l'état normal, sous la seule influence des contractions intestinales, à condition, bien entendu, que la volonté consentante ne fasse pas entrer en jeu le sphincter.

Un dernier chapitre a trait à deux propriétés physiques de l'intestin, dont la connaissance est utile au médecin et au chirurgien : la dilatabilité et la résistance.

II. La température des animaux est soumise aux deux grandes variations de sens inverse que tout le monde connaît, élévation et abaissement, fièvre et algidité. C'est surtout sur l'homme que l'étude de ces variations et des diverses influences qui les régissent a été faite. Le *Traité de thermométrie médicale* de M. P. Redard ne comprend que l'étude des abaissements de température; mais cette première partie est suivie d'une seconde partie, très étendue, consacrée à la question de la thermométrie locale. C'étaient là deux sujets qui, exposés comme l'a fait l'auteur, ont aisément fourni la matière d'un gros livre de plus de 700 pages. Il en aurait bien fallu autant pour traiter des élévations de température.

La caractéristique du livre de M. Redard, c'est en effet l'abondance des renseignements et des observations. On trouve réunis là et coordonnés de très nombreux matériaux sur une foule de questions. On en jugera par le court aperçu suivant du contenu des différents chapitres. Après une rapide étude de la température et de ses variations à l'état normal, l'auteur cherche à déterminer l'influence du froid extérieur, des bains, de l'immobilité, de l'inanition, des hémorrhagies, de certaines maladies chroniques, comme le diabete, des maladies du cœur, des maladies de l'appareil respiratoire, des maladies de l'appareil digestif, des affections rénales, des lésions du système nerveux central et périphérique, des grands traumatismes, des lésions de l'abdomen, des brûlures, — de certaines intoxications, etc., en tant que causes d'algidité. Relativement à la thermométrie locale, M. Redard étudie d'abord les différents thermomètres employés dans la recherche des températures locales, ainsi que les divers appareils thermo-électriques; il a su recueillir et grouper dans ce chapitre de nombreux renseignements sur les dispositifs très variés dont on s'est servi pour mesurer les températures locales et il a soumis à une critique, presque toujours judicieuse, ces dispositifs et les appareils qu'il décrit. Ce chapitre est un de ceux certainement que les physiologistes consulteront avec le plus de fruit. — M. Redard détermine ensuite la topographie thermique et les variations de la température périphérique sous diverses influences. Il insiste très particulièrement, et avec raison, sur certaines températures périphériques plus importantes, la température péricrânienne (dite à tort *cérébrale*), à l'état normal et à l'état pathologique, la température des membres et ses variations dans les cas de lésions ou de troubles du système nerveux (lésions cérébrales, hémisections de la moelle, section des troncs nerveux, irritations des nerfs, etc.), la température périphérique du thorax, à l'état normal et à l'état pathologique. Plusieurs chapitres sont encore consacrés à la thermométrie locale dans les maladies du cœur, dans les maladies de l'estomac et de l'abdomen, dans les abcès, dans les lésions du système vasculaire, dans les cas de fractures, dans les tumeurs, dans quelques affections du testicule, dans l'utérus et le vagin, dans les maladies des yeux, de l'oreille, de la peau, etc.

Chemin faisant, l'auteur a l'occasion de rapporter les résultats d'expériences qu'il a faites, sur différents points, au laboratoire de physiologie générale du Muséum, avec un appareil thermo-électrique de son invention. Il convient de citer spécialement à cet égard ses expériences sur les modifications thermiques consécutives à la section des nerfs mixtes. — Il faut signaler aussi les nombreuses observations de température locale qu'il a prises dans diverses affections.

Comme on le voit par ce simple énoncé des questions qu'il a traitées, M. Redard paraît avoir bien atteint le but qu'il s'était proposé.

Et pourtant, il est difficile de ne pas penser que son livre aurait pu être plus utile encore, sinon aux médecins, du moins aux physiologistes. Il était bon, assurément, que tous les matériaux mis en œuvre par M. Redard fussent ainsi coordonnés; c'est à la fois un travail de bibliographie et de critique, une série de *revues générales*, si l'on veut, qui évitera bien des recherches pénibles à nombre de médecins. Mais cette œuvre n'aurait-elle pas gagné en originalité et en profondeur, si, le premier groupement opéré par l'auteur de la masse de faits qu'il avait réunis ou observés, un autre groupement avait pu être indiqué, d'après quelques idées générales? Il semble, en effet, que ce soit là ce qui manque au livre de M. Redard : toutes les questions sont méthodiquement traitées; mais au-delà des observations analysées, on n'aperçoit rien; la synthèse physiologique, dont on sent le besoin, n'apparaît pas.

On a pu lire, dans la REVUE SCIENTIFIQUE, une série de leçons sur la chaleur animale en cours de publication, due à M. Ch. Richet (1). Plusieurs de ces leçons ont trait naturelle-

(1) REVUE SCIENTIFIQUE, 1884, 2e semestre, p. 142 et 198; et 1885, 1er semestre, p. 202, 424 et 620; 2e semestre, p. 275, 398 et 458.

ment à la température de l'homme. Dans l'une d'elles, on trouve justement cet essai de synthèse qu'on regrette de ne pas rencontrer dans l'ouvrage, d'ailleurs si intéressant, de M. Redard.

M. Richet a eu l'heureuse idée de rapprocher les causes des hyperthermies de celles des hypothermies, et ce simple rapprochement l'a conduit à présenter la classification suivante (1), dont le seul énoncé indique suffisamment l'intérêt et la portée :

Hyperthermies	*Hypothermies*
Excès de la chaleur extérieure.	Excès du froid extérieur.
Excitation du système nerveux par traumatisme.	Dépression du système nerveux par traumatisme ou maladie organique.
Affections convulsives.	. . . .
Excitation du système nerveux par des agents toxiques (fièvres infectieuses.)	Dépression du système nerveux par des agents toxiques.
. . . .	Inanition et asphyxie lente.
. . . .	Excès de déperdition par des maladies du tégument.

Et de cette comparaison M. Richet tire une conclusion très générale, en faveur de laquelle il s'efforce d'accumuler les arguments. « S'il fallait, dit-il, résumer ces faits d'une manière plus synthétique, nous dirions : l'hyperthermie est due à l'excitation du système nerveux, et l'hypothermie est due à la dépression du système nerveux. »

Beaucoup de faits recueillis par M. Redard prouvent combien est grand le rôle joué par le système nerveux dans la production de l'hypothermie. Par suite, on ne peut que regretter davantage de ne pas trouver dans son livre quelque idée générale, analogue à celle qui a présidé à la classification des phénomènes thermiques exposée par M. Richet. — L'œuvre, si importante à d'autres égards, de M. Redard, est digne, ce semble, de cette libre critique.

EUGÈNE GLEY.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

TRAITEMENT CURATIF DE L'ANGINE DE POITRINE VRAIE.

Le traitement de l'angine de poitrine forme, depuis un siècle, un point de thérapeutique des plus controversés, et les auteurs qui se sont occupés de cette question ont, tour à tour, préconisé, dans cette affection, les médicaments les plus divers et souvent les plus opposés.

Une telle divergence s'explique par la diversité des opinions sur l'angine de poitrine. M. le docteur Huchard a récemment entrepris l'étude de la thérapeutique dans cette maladie, et c'est à son intéressant travail que nous empruntons les détails et les explications que nous donnons. (Communication du docteur Huchard au Congrès scientifique de Grenoble, 19 août 1885. — BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, septembre 1885.)

Il est donc nécessaire, avant de parler de la thérapeutique, de restreindre convenablement le sujet, et de distinguer l'angine vraie des angines fausses ou de tous les phénomènes anginiformes, comme on a séparé l'asthme de toutes les affections pseudo-asthmatiques ou dyspnéiques, l'épilepsie de tous les symptômes épileptiformes ou convulsifs.

(1) Voy. REVUE SCIENTIFIQUE, 1885, 2e semestre, p. 306.

Les pseudo-angines des névropathes, des arthritiques, des gastriques s'observent à tous les âges, principalement chez la femme. La répétition fréquente des accès, leur apparition périodique, leur durée longue, le siège de la douleur à la partie moyenne ou inférieure de la région cardiaque, caractérisent ces fausses angines, qui sont, en général, plus bruyantes que dangereuses.

L'angine vraie, plus fréquente chez l'homme, survient à un âge plus avancé, à l'âge des affections artério-scléreuses. Ne prenant qu'exceptionnellement la forme périodique, elle n'est jamais spontanée, provoquée presque toujours par l'excitation anormale ou exagérée d'un cœur affaibli, par un effort ou une émotion. Son siège est franchement sous-sternal, la douleur franchement angoissante. La constatation d'une aortite subaiguë facilitera le diagnostic dans les cas difficiles.

Les pseudo-angines sont bénignes, et disparaissent spontanément. L'angine vraie est grave, mais peut guérir à l'aide d'un traitement rationnel.

Tandis que la pathogénie des angines fausses est variable, l'angine vraie s'explique, au contraire, par une pathogénie invariable : « due à la lésion des artères coronaires, à leur sclérose, à leur rétrécissement, elle est, le plus souvent, le résultat d'une aortite, à la condition que celle-ci intéresse et obture en partie l'ouverture des artères coronaires, et les accès d'angor sont provoqués par une ischémie cardiaque temporaire, véritable *claudication intercurrente du cœur*, comme le dit si judicieusement M. Potain, qui compare la production des attaques angineuses à ce qui arrive dans le cas de claudication intermittente des extrémités, par oblitération incomplète des artères iliaques. »

Il faut qu'il y ait interception du cours du sang dans le myocarde et ischémie cardiaque presque totale. Cette théorie artérielle que M. Huchard admet à l'exclusion de toute autre, est acceptée par MM. Potain et Germain Sée. Certes la névrite cardiaque peut jouer un rôle; mais si elle ajoute quelque chose à la symptomatologie habituelle de l'angine de poitrine, elle ne la constitue certainement pas.

Acceptant cette théorie de M. Huchard, on voit qu'il faut s'adresser à des médicaments qui agissent sur le système artériel. Comme les accès d'angine de poitrine ne sont autres que des accès d'ischémie cardiaque, et que les angineux étant toujours des aortiques et souvent des artério-scléreux, présentent une élévation considérable de la pression artérielle, M. Huchard bannit de la thérapeutique toute substance capable d'augmenter la vaso-constriction (ergot de seigle) ou d'élever la pression artérielle (digitale).

Le point capital consiste à produire la vaso-dilatation, la diminution de la pression vasculaire, l'augmentation de fréquence et d'énergie des contractions cardiaques. On doit employer, pour combattre l'accès, les inhalations de nitrite d'amyle à la dose de 4 à 10 gouttes; ce médicament a une efficacité d'une promptitude et d'une sûreté vraiment surprenantes. Le nitrite d'amyle ne possédant aucune propriété antinévralgique, l'action de ce médicament vient encore à l'appui de la théorie artérielle de l'angine vraie, puisque le nitrite d'amyle agit seulement à titre de médicament vasculaire.

Augmentant la force des battements cardiaques, diminuant la pression sanguine et dilatant passivement les artères, la morphine, en injections sous-cutanées, a, elle aussi, une certaine efficacité, moins rapide et moins sûre.

On pourra se servir également, dane cette affection, de la nitro-glycérine qu'on emploiera de la façon suivante :

Ean distillée.................... 300 grammes.
Solntion de nitro-glycérine an centième. XXX gouttes.
Prendre trois cuillerées à dessert par jour.

Ou bien encore :

Solntion de nitro-glycérine au centième.
Faire une injection sous-cutanée de 3 à 5 gouttes.

Ce médicament donne anssi de bons résnltats qni ont toutefois l'inconvénient de se produire lentement.

Tels sont les médicaments qui pourront guérir les accès d'angor. Il fandra ensuite s'occuper de la maladie artérielle qui leur donne naissance, et c'est l'iodure de potassium sur lequel le médecin devra le plus compter.

« Outre leurs vertus résolutives et leur action trée probable sur les parois artérielles, les iodures doivent en grande partie leur efficacité, dane le traitement de l'aortite et de l'angine vraie, à leur action sur la circulation ; sous leur infinence, le pouls gagne en force et en fréquence, les vaisseaux se dilatent et se développent, la circulation devient plus rapide et plus active, la chaleur périphérique se régularise et s'élève, la tension vasculaire s'abaisse et tend à devenir normale, enfin cette fièvre artificielle s'accompagne de congestion faciale et céphalique, rappelant ainsi d'aesez près les effets du nitrite d'amyle. »

Dans le traitement ioduré de l'angine de poitrine, la condition principale du succès réside dans la persévérance, la constance dans le traitement. C'est pendant quinze à dix-huit mois au minimum que le malade devra s'astreindre à prendre chaque jour de 1 à 3 grammes d'iodure de potassium. Quand bien même tout accident angineux aurait disparn depuis plusienrs mois, il faudra, pour obtenir une guérison durable et définitive, continuer le traitement pendant trois ans.

Cependant, comme à la longue les sels de potassium peuvent devenir toxiques, il sera préférable d'employer l'iodure de sodium.

Voici la solution employée par M. Huchard :

Eau distillée...... 100 grammes.
Iodure de sodium... 10 —

De deux à six cuillerées à café par jour.

Si l'iodure était mal supporté par l'estomac, il faudrait ajouter à cette solution de 5 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque.

L'iodure de sodium est mieux toléré, est plus actif, puisqu'il renferme un peu plus d'iode; il est plus inoffensif et plus assimilable.

L'iodure de lithium a été expérimenté avec succès par M. Huchard. Ce sel renfermerait plus d'iode que les iodures de potassium ou de sodium.

Contre les poussées d'aortite, le médecin ne négligera pas la médication révulsive (pointes de fer, vésicatoires sur la paroi cardio-aortique), l'hygiène alimentaire régulière (d'où sont exclues les substances excitantes et les liqueurs alcooliques. Le malade renoncera à l'usage du tabac.

Telle est la médication à laquelle le médecin devra s'adresser, d'après l'expérience et la savante pratique de M. Huchard, qui a obtenu d'excellents résultats sur un grand nombre de malades.

A. MARTHA.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

NOUVELLE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE. — LA TERRE ET LES HOMMES, par ELISÉE RECLUS. — XI. L'AFRIQUE SEPTENTRIONALE (deuxième partie) : TRIPOLITAINE. TUNISIE, ALGÉRIE, MAROC, SAHARA. — Paris, librairie Hachette et Cie 1886.

M. Elisée Reclns ajonte chaque année un volume à l'onvrage monumental qn'il a consacré aux études géographiques. Celui de cette année offre pour nous, Français, nn intérêt tout particnlier, car il condnit le lecteur dans les pays de l'Afrique septentrionale que nous avons soumis à notre domination et dans ceux avec lesquels nous sommes en relation immédiate de voisinage.

Nous n'avons pas à faire connaître la méthode snivie par l'auteur : dans ce volume, comme dans les précédents, rien de ce qui, pour emprunter le titre même de l'ouvrage, intéresse la terre et les hommes n'a été négligé, et l'on ne peut qu'admirer cette réunion, ce classement de si nombreux matériaux, cette vaete encyclopédie où non seulement le voyageur, l'explorateur, mais encore le géologue, l'archéologue, l'historien, l'anthropologiste, le naturaliste, l'économiste, etc., trouvent à puiser à pleines mains.

Pour donner une idée de l'intérêt tout d'actualité que présente ce volume, nous relèverons deux passages.

Le premier a trait au projet de mer intérieure poursuivi avec tant d'ardeur par le commandant Roudaire, projet qui a échoué devant les fortes dépenses que son exécution devait entraîner. Faut-il le regretter ? Non, d'après M. Elisée Reclus, car la réunion des Chott, qui aurait constitué la mer intérieure, n'offre qu'une étendue d'environ 8,200 kilomètres carrés, moindre que celle de beaucoup de départements français, étendue minime comparée à celle de Sahara qu'on espérait transformer en une vaste mer.

Est-ce à dire qu'on ne puisse rien pour transformer le désert algérien ? « Il est du moins, dit l'auteur, une œuvre de transformation du Sahara algérien pour laquelle tous les géologues sont d'accord, et cette œuvre est depuis longtemps commencée avec les plus heureux résultats. Il s'agit de retrouver dans le sol les eaux perdues, de les ramener à la surface et de les utiliser pour l'extension des oasis anciennes ou la création de nouvelles. » Et, à ce sujet, M. Reclus nous décrit la lutte perpétuelle entre les éléments, et les efforts de l'homme, de toute antiquité, pour faire tourner à son profit les résultats de cette lutte, dee Sahariens, en particulier, pour travailler à « ressusciter la terre », à faire refleurir le sol aride.

Nous emprunterons le second exemple à nos relations avec les Touareg et à la route que ces relations ouvriraient aux caravanes parties de Laghouat et de Biskra pour le Soudan. On connaît le sort des membres de la mission Flatters, sort qui a été celui d'autres voyageurs, et qui, naturellement, a refroidi les tentatives de communication directe entre nos possessions algériennes et le Soudan. Or, d'après les documents recueillis par M. Reclus, la puissance des Touareg, comme celle des tribus voisines, est assez limitée, et une colonne expéditionnaire suffisamment pourvue d'armes, d'instruments pour creuser des puits en route, et d'approvisionnements, onvrirait sans grande difficulté la ronte, tandis qu'on atteindrait d'un autre côté les Touareg dans les oasis, dane

les marchés, en particulier dans ceux du Touat, où ils viennent s'approvisionner.

Le nouveau volume de M. Reclus contient 4 cartes en couleur tirées à part, 160 cartes intercalées dans le texte et 83 vues en types gravés sur bois. Il se termine par un glossaire géographique de l'Afrique septentrionale qui donne des explications fort intéressantes sur le sens ou l'étymologie de la plupart des noms de lieux cités dans l'ouvrage.

LE MONDE PHYSIQUE, par AMÉDÉE GUILLEMIN. Tome cinquième : LA MÉTÉOROLOGIE, LA PHYSIQUE MOLÉCULAIRE. — Paris, librairie Hachette et Cie, 1885.

Dans les quatre premiers volumes de son important ouvrage, consacrés à la pesanteur, à la lumière, au magnétisme et à l'électricité, M. Guillemin a déjà étudié les phénomènes météorologiques qui se rattachent à ces différentes forces physiques ; il s'est proposé, dans le volume actuel, de décrire ceux de ces phénomènes qui dépendent de la chaleur, de ses variations dans le sol, au sein de l'air et des eaux. « Mais, ajoute-t-il, la chaleur, quand on y regarde bien, est, avec sa force antagoniste la gravité, la source commune de tous ces météores terrestres, la cause prochaine ou éloignée de tous ces mouvements qu'on observe sur la terre ; de sorte que l'occasion sera propice, en étudiant la partie de la physique du globe que nous n'avons pu aborder encore, pour présenter un tableau d'ensemble de tous les phénomènes dont cette science devra un jour formuler les lois. »

Cela dit sur le but et le plan général de l'ouvrage, nous nous bornerons à mentionner, car l'analyse en serait impossible, les différents livres ou chapitres dans lesquels l'auteur étudie successivement l'air et les météores hygrométriques (constitution physique et chimique de l'atmosphère, pression atmosphérique, température de l'air, hygrométrie, hydrométéores, glaciers) ; la chaleur interne du globe terrestre (sol et eaux), les volcans, les tremblements de terre ; la circulation océanique et atmosphérique (courants marins, vents réguliers, circulation atmosphérique générale, tempêtes, prévisions du temps, climats). Le volume se termine par un chapitre sur la physique moléculaire (formes moléculaires, phénomènes capillaires, diffusion entre les liquides, entre les gaz ; molécules des corps, nombres et dimensions, vitesse de leurs mouvements, collisions).

Trente et une grandes planches tirées à part, dont neuf en couleur, et 343 vignettes insérées dans le texte aident puissamment à la clarté des descriptions. Rendre la science attrayante pour ceux qui ne peuvent la cultiver eux-mêmes, et les instruire en tenant constamment leur curiosité en éveil, telle est la pensée dont s'est inspiré M. Guillemin, et il a pleinement réussi.

F. DE R.

VILLE DU HAVRE. — BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — RAPPORT SUR LES OPÉRATIONS DE L'ANNÉE 1884.

M. Launay, directeur du bureau d'hygiène du Havre, l'un des premiers et des mieux organisés de France, vient de publier le rapport sur les opérations du bureau de l'année 1884. Nous pouvons en extraire quelques détails intéressants.

Le Hâvre compte une population de 105,867 habitants (54.669 du sexe masculin, 51.898 du sexe féminin), pour une superficie de 10.713.819 m. carrés.

Le nombre des naissances s'est élevé, en 1884, à 3.615, dont 1.806 garçons et 1.809 filles ; le chiffre des enfants illégitimes a été de 482. Il y a eu 47 accouchements multiples, dont 8 ont produit 2 garçons, 16 deux filles, 23 un garçon et une fille.

Le nombre des décès a été de 3,234, plus 171 morte-nés. Cette liste comprend 876 enfants au-dessous d'un an, c'est-à-dire un peu moins qu'en 1883, et cette diminution est attribuée, par M. Launay, à l'application régulière de la loi Roussel.

Le chiffre de la mortalité pour 1.000 a été, en 1884, de 32,62 ; il avait été, en 1883, de 37,55.

Sur 966 ménages (61 de plus qu'en 1883) 41 hommes (4,5 0/0) et 109 femme (11,2 0/0) ont déclaré ne pas savoir signer.

Le chiffre des morts par phtisie est toujours très élevé au Havre (564 sur 3234).

Les affections des organes digestifs ont été nombreuses et graves surtout pendant les mois de juin, juillet, août et septembre (347 décès). L'entérite des enfants les a surtout frappés pendant le troisième trimestre (507 décès sur 761 pour toute l'année).

En fait de maladies épidémiques, le docteur Launay cite un cas de variole pris par importation ; une épidémie de scarlatine ayant occasionné 14 décès ; on a remarqué la propagation de la maladie à des enfants pendant la période de desquamation. Une épidémie de rougeole a frappé une école ; celle-ci a été désinfectée, fermée pendant huit jours et l'épidémie a cessé. La coqueluche a occasionné 30 décès (13 de moins qu'en 1883).

Le croup et la diphtérie persistent à l'état endémique, frappant à peu près tous les quartiers, mais épargnant un peu plus les moins bien partagés au point de vue de la salubrité des habitations et de l'aisance des habitants. La mortalité a été la suivante : premier trimestre, 28 décès ; second, 24 ; troisième, 16 ; quatrième, 37 ; le mois le moins chargé est le mois d'août (3 décès) ; le plus chargé est novembre (13),

Le docteur Launay se loue des mesures de salubrité (désinfection et isolement) prises avec un soin extrême ; on a, dans cette ville, des agents de salubrité, attachés au bureau, très intelligents et très exercés.

La fièvre typhoïde (53 décès contre 78 en 1883) a suivi la loi d'évolution saisonnière posée par Besnier. Peu fréquente dans les huit premiers mois, elle a eu son exacerbation en septembre, suivie d'une rémission très marquée en octobre et d'une diminution dans le mois suivant.

La constitution médicale de 1884 présentant dans la région, dit le docteur Launay, toutes les conditions considérées comme favorables au développement du choléra, s'il eût été importé dans le pays, un seul cas a été observé au Hâvre et a été suivi de mort. Trois cas, dont deux mortels, se sont produits autour du Hâvre.

Des mesures très énergiques avaient été prises en vue de l'épidémie ; leur énoncé figure dans le rapport de M. Launay, qui croit que c'est grâce aux travaux remarquables dans le sens du docteur Fauvel, à la connaissance plus répandue des vrais moyens prophylactiques, à l'application plus régulière de l'isolement et de la désinfection immédiate des déjections et du linge, qu'on a pu entraver la propagation du choléra dans ces dernière temps et diminuer le nombre de ses victimes.

Nous remarquons dans les instructions du maire, relatives au choléra : 1° l'intervention du commissaire de police qui doit « s'efforcer de décider les membres de la famille d'un

malade atteint du choléra à le laisser transporter à l'hospice, si tel est l'avis du médecin appelé »; 2° l'enlèvement quotidien des tinettes dans lesquelles doivent être mises les déjections des malades; 3° le transport d'urgence à l'hôpital de tout malade logé dans un garni, quel qu'il soit; 4° l'isolement du malade soigné à domicile et chez lequel ne pourront pénétrer que les personnes chargées de lui donner des soins, et les agents de l'autorité.

L'inspection médicale des écoles est fort bien faite au Hâvre, qui possède 35 écoles communales avec 14,402 élèves, et 34 écoles libres avec 4,261 élèves. L'installation des premières est excellente: chauffage, ventilation, distribution de la lumière, tout est conforme aux prescriptions de l'hygiène. Le vieux mobilier a fait place au mobilier règlementaire. La Commission des logements insalubles fonctionne bien: elle a instruit 37 affaires, dont 10 seulement ont eu à subir toutefois l'examen du Conseil municipal. M. le docteur Launay demande la réforme de la loi de 1850.

Une mesure excellente à signaler parmi celles prises par le bureau d'hygiène du Havre, c'est l'établissement de la feuille signalétique de chaque maison de la ville: la feuille donne le nombre des habitants à chaque recensement, la mortalité générale et la mortalité pour les principales maladies zymotiques; on note aussi le mode d'écoulement des eaux, du système de vidange, les puits, les abonnements aux eaux de la ville, les visites de la Commission des logements insalubres et leurs résultats. C'est sur ces renseignements que peuvent être basées les améliorations à apporter à chaque maison.

Les abattoirs et marchés aux bestiaux deviennent insuffisants au Hâvre, mais ils sont bien tenus et surveillés. L'inspection a porté sur 58,597 animaux pesant 4,552,708 kilogr. et 740,886 kilogr. de viandes venues d'abattoirs extérieurs. On a reconnu 5,665 kilogr. de viande impropre à la consommation; mais 89,109 kilogr. de viande venant du dehors et traversant la ville sans vérification, parce qu'elles vont au dehors, ont pu être embarquées, bien que malsaines peut-être; il y a là une réforme à opérer, car il s'agit de protéger les marins et les passagers des bâtiments qui fréquentent le port du Hâvre.

Des chiffres ci-dessus, il résulte que la ville du Hâvre (105,000 habitants) a consommé en 1884 la quantité de 5,287,929 kilogr. de viande, soit 50 kilogr. 361 par habitant ou 135 gr. par jour, pour la viande de boucherie seulement. La viande de cheval y figure pour 273 chevaux abattus en 1884 contre 103 en 1883.

Le rapport de M. Launay se termine par plusieurs tableaux statistiques qui rapportent des chiffres que nous avons déjà donnés et d'autres encore. Pour le Hâvre, par exemple, ils donnent la mortalité de 1880 à 1884; elle a été respectivement chaque année de 36,2, 35,1, 31,7, 32,6, 30,5 %. On voit qu'il y a là une progression heureuse due aux améliorations hygiéniques.

La moyenne de la température a été pour les quatre trimestres de + 7°,8, 12°,8, 19°,4, 8°,6; et, pour l'année, de 12°,1. La température la plus basse a été, le 8 février, — 5°; la plus haute, les 7, 10, 11 et 23 août, + 31°. La quantité moyenne de pluie tombée a été: 1er trimestre, 0m,133,75; le 2e, 0,09025; le 3e, 0,13163; le 4e, 0,2309.

Puis viennent des tableaux graphiques donnant la mortalité par la phtisie, la coqueluche, le croup, la fièvre typhoïde, et un relevé des décès pour ces deux dernières maladies, indiqué sur un plan des égouts de la ville.

D.

REVUE DES THÈSES.

Obstétrique

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ A L'AIDE DE LA SONDE-BOUGIE, par LOUIS BAJOU.

Après un historique de l'accouchement prématuré, l'auteur examine la valeur pratique des diverses méthodes et montre que la méthode dite par *excitation directe* est la seule véritablement efficace. Le procédé de la sonde-bougie est le plus pratique, le plus fidèle et le moins dangereux; c'est celui que recommande le professeur Pajot.

Dix-huit observations sont annexées à la thèse.

ESSAI SUR LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS DES FEMMES EN COUCHES, par LE GAL.

La phlegmatia puerpérale est une phlébite adhésive qui a son point de départ dans les sinus utérins et dans la plaie utérine; le terrain seul sur lequel elle se développe en constitue la gravité. Quand on ne trouve pas de trace de la continuité de l'inflammation, c'est que la résorption s'est effectuée dans certains départements veineux.

STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ DE LA NOUVELLE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS, AU POINT DE VUE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE ET DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE, par LÉON LEROY.

La nouvelle clinique d'accouchements, construite d'après les indications de l'éminent et regretté professeur Depaul, a donné lieu à de violentes critiques qui n'ont pas toujours été inspirées par la saine et juste appréciation des choses.

Avec un terrain d'une étendue restreinte, on ne pouvait songer à isoler les femmes en couches malades dans un pavillon spécial, mais on devait cependant leur destiner des chambres spéciales le plus loin possible des parturientes non malades. C'est ce qui a été fait depuis dix-huit mois environ.

Depuis que le professeur Pajot en a pris la direction, grâce à ses conseils et aux mesures rigoureuses d'antisepsie prises par son chef de clinique, le docteur Doléris, la mortalité a atteint le minimum, celui de la pratique civile.

Le chiffre de la mortalité des femmes est descendu à 0,44 pour 100 en 1884; la moyenne de la mortalité des nouveau-nés à terme et ayant respiré a été de 0,66 %, et encore les cas de mort signalés tiennent-ils à des causes indépendantes du milieu.

Ces résultats ont été obtenus sans le concours de la couveuse. On a reconnu, en effet, que les enfants chétifs, loin de profiter de cette incubation artificielle, dépérissaient dans ce milieu surchauffé, dans cette atmosphère viciée; la couveuse, devant les inconvénients que la pratique a fait connaître, a donc été abandonnée à la clinique d'accouchements de Paris.

En résumé, grâce aux mesures prises par le professeur Pajot, secondé par son habile et zélé chef de clinique, le docteur Doléris, la mortalité à la clinique d'accouchements a atteint le chiffre le plus bas qui ait jamais été enregistré dans un établissement hospitalier.

Les constructions du professeur Depaul ne sont donc pas destinées à disparaître de sitôt. La thèse du docteur Leroy est fort instructive sur ces divers points.

ÉTUDE CRITIQUE SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE ET L'OPÉRATION DE PORRO. — MANUEL OPÉRATOIRE, par EDOUARD BOUDON, 1885.

L'auteur commence son travail par une phrase assez curieuse : « Des femmes enceintes ayant existé fatalement depuis l'origine du monde... » Vraiment, c'est une fatalité !...

Dans un premier chapitre, l'opération de Porro est longuement discutée et la tendance des accoucheurs à revenir à l'opération césarienne perfectionnée, grâce aux procédés d'antisepsie, est nettement formulée.

L'auteur montre, en effet, dans les chapitres suivants, que les dangers de la section césarienne peuvent être évités ; il examine la question des sutures utérines et en fait voir les avantages. Il s'étend longuement ensuite sur le manuel opératoire et les précautions à prendre.

Dans le chapitre intitulé *Des sutures utérines*, nous n'avons pas trouvé mentionnés les travaux de Grandesso Silvestri sur l'emploi de la suture élastique, des succès ont cependant été signalés et publiés (GAZETTE MÉDICALE, 1874). — L'étude remarquable du docteur Porak est, par contre, justement citée.

PALUDISME ET PUERPÉRALITÉ, par le docteur LOUIS BONFILS, 1885.

Thèse importante, où sont réunies 140 observations recueillies dans divers auteurs.

L'avortement est loin d'être la règle chez les femmes frappées de paludisme pendant la grossesse. L'accouchement prématuré est, au contraire, fréquent.

Les accidents déterminés par le paludisme seraient dus à la congestion utérine et à celle de la muqueuse inter-utéro-placentaire qui se produirait pendant le stade de frisson des accès et à l'influence de l'hyperthermie.

Il faut noter, en outre, l'anémie ; la compression exercée sur l'utérus gravide par les viscères hypertrophiés ; les lésions des annexes ; la mort du fœtus.

La grossesse ne crée pas d'immunité contre l'infection par la malaria.

La grossesse peut quelquefois réveiller la diathèse palustre.

Le paludisme aigu active le travail, mais la cachexie palustre semble produire des effets opposés. L'accouchement semble n'avoir aucune influence sur l'évolution du paludisme aigu.

Chez les nouvelles accouchées, le pouls n'est pas aussi lent que d'habitude ; pas d'abaissement de la température ; ralentissement de l'involution utérine ; hémorrhagies fréquentes ; la sécrétion, quand elle s'établit, est peu abondante.

Pendant les suites de couches, *le réveil du paludisme* est très fréquent.

Le sulfate de quinine ne jouit pas d'une action ecbolique et doit être administré chez la femme enceinte et la nourrice atteintes de fièvre par malaria.

MARIUS REY.

NOTES & INFORMATIONS

PROJETS DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE. — Nous avons, dans notre précédent numéro, annoncé le dépôt par M. Chevandier, sur le bureau de la Chambre des députés, du rapport sommaire de la première Commission d'initiative parlementaire sur la proposition de loi relative à l'exercice de la médecine, dont l'honorable député et plusieurs de ses collègues avaient déjà pris l'initiative dans la précédente législature. Un autre projet, plus restreint, a été déposé par quelques députés : il s'agit d'octroyer aux officiers de santé le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République. On sait que le projet de M. Chevandier demande la suppression de l'officiat.

En présence de ces projets divergents, M. le ministre du commerce a chargé le Comité consultatif d'hygiène d'élaborer à son tour un projet sur l'exercice de la médecine. Une Commission d'étude a été nommée et sera bientôt en mesure de faire son rapport. Si nos informations sont exactes, ce rapport, et le projet qui en est le complément, étendraient le droit d'exercice pour les officiers de santé à la circonscription de la Faculté ou de l'Ecole où ils auraient subi leurs examens probatoires. Nous aurons à revenir sur cette question.

— SOCIÉTÉ MÉDICALE DE DÉONTOLOGIE ET D'INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — Nous avons publié, dans un précédent numéro, l'exposé des motifs de M. Ladreit de La Charrière sur l'opportunité de la création à Paris d'une Société médicale de déontologie. Nous donnons ci-dessous, à titre de document, le projet des statuts de cette Société auquel s'est arrêtée la Commission d'étude nommée par les délégués des Sociétés médicales de Paris.

ARTICLE I. — Il est créé une Société médicale de déontologie et d'intérêts professionnels dont l'action s'étendra sur tout le département de la Seine.

ART. II. — *But de la Société.* — Le but de la Société est d'établir, entre tous les membres honorables du corps médical, un lien qui leur permette de se prêter un appui dans toutes les circonstances de la vie professionnelle.

La Société de déontologie se donne pour mission de sauvegarder l'honorabilité médicale et d'étudier toutes les questions d'un caractère professionnel qui peuvent intéresser les médecins, telles que la poursuite de l'exercice illégal de la médecine.

Elle prendra l'initiative de demander aux pouvoirs publics les modifications à la législation qui paraîtraient nécessaires.

Elle substituera son action à celle de ses membres, soit en justice, soit ailleurs, toutes les fois que l'honneur médical ou un intérêt commun l'exigeront.

Elle établira, en un mot, entre tous ses membres, une solidarité d'honneur et d'intérêt.

Les règles de la déontologie n'étant pas de celles qui peuvent être codifiées, parce qu'elles se composent de l'appréciation d'une foule de cas particuliers, la Société tiendra un registre de ses décisions, et les fera connaître à tous les membres, sans indiquer les noms des personnes qui les auront provoquées.

Elle s'interdit dans les réunions toute discussion politique ou religieuse.

ART. III. — *Composition de la Société.* — Elle se compose de tous les membres du corps médical du département de la Seine qui auront adhéré à ses statuts et auront été agréés par le Conseil central.

ART. IV. — *Organisation des Comités d'arrondissement et du Conseil central.*—Les Comités d'arrondissement seront au nombre de vingt-deux. Chaque Comité sera composé de tous les médecins habitant un même arrondissement qui feront partie de la Société.

Il élira chaque année son bureau et instruira toutes les affaires qui concerneront les membres de son arrondissement.

Conseil central. — Le Conseil central aura un bureau élu tous les ans par l'Assemblée générale de la Société tout entière.

Pour accorder à chaque arrondissement une représentation égale, il sera composé, en outre, par le président et l'un des secrétaires de tous les Comités d'arrondissement.

ART. V. — *Attributions du Conseil central.* — Le Conseil central prononcera seul la nomination et l'exclusion des membres de la Société.

Il décidera toutes les questions ordre général et ratifiera les décisions des Comités d'arrondissement. Aucune décision d'un intérêt commun ne sera définitive avant la sanction du Conseil central.

Toutes les fois qu'un membre de la Société sera obligé d'aller en justice, soit pour affaire d'intérêt professionnel, soit spécialement pour se faire payer des honoraires, il pourra, s'il le désire, avoir le concours du président de la Société qui se présentera en son lieu et place pour revendiquer ses droits.

Dans le cas où il s'agirait d'exiger le paiement d'une note d'honoraires, celle-ci sera examinée par la Commission permanente, qui pourra la modifier ; mais, si elle reconnaît le bien fondé, elle la remettra au président de la Société qui s'occupera d'en poursuivre le paiement par l'intermédiaire du Conseil judiciaire de la Société.

Le Conseil central se réunira tous les mois ; mais, dans l'intervalle des séances, le président sera assisté par une Commission permanente dans toutes les affaires urgentes.

Le Conseil central proposera à la nomination de l'Assemblée générale les personnes qui devront composer le Conseil judiciaire. Elles seront nommées pour trois ans, mais leur mandat pourra être renouvelé.

ART. VI. — *Conditions d'admission.* — Tout membre qui demandera à faire partie de la Société devra jouir d'une réputation d'honorabilité incontestée.

Il adressera une demande au Conseil central, qui statuera dans le délai d'un mois à partir de la dernière réunion.

ART. VII. — *Sanctions pénales.* — Tout membre qui aura commis un acte regrettable au point de vue professionnel sera entendu par le bureau du Conseil central. Il devra se conformer aux avis qui lui seront donnés ou déposer sa démission.

Tout acte qui portera atteinte à l'honorabilité d'un des membres de la Société entraînera l'exclusion.

ART. VIII. — *Publications.* — Tous les trois mois, la Société publiera sous forme de bulletin un compte rendu de ses travaux. Cette publication contiendra la liste complète de ses membres.

ART. IX. — *Budget et Caisse.* — La Société de déontologie n'a pas de caisse de secours. Son budget sera présenté chaque année à l'approbation de l'Assemblée générale, qui fixera le chiffre de la cotisation destinée à réaliser les ressources nécessaires.

ART. X. — *Cercle médical.* — Aussitôt que le nombre des adhérents le permettra, la Société de déontologie pourra fonder un cercle médical où ses membres seuls seront admis.

Il y sera réservé une salle pour une exposition permanente des livres et des instruments nouveaux.

— ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Prix proposés pour 1886.* — Les conditions du concours pour certains prix, tels que les prix Amussat, Barbier, Buignet, Desportes, etc., ne variant pas et étant généralement connues, nous ne mentionnons ici que ceux pour lesquels des questions spéciales sont proposées :

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1,000 fr. — *Des ruptures du canal de l'urèthre chez l'homme et de leur traitement.*

PRIX CAPURON. — 1,500 fr. — *Valeur relative des différents moyens propres à déterminer l'âge de la vie intra-utérine au moment de la naissance. Applications médico-légales.*

PRIX CIVRIEUX. — 1,000 fr. — *La migraine.*

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1,600 fr. — *Rechercher quels peuvent être les rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance.*

PRIX DAUDET. — 1,000 fr. — *De l'actinomycose.* (Les auteurs devront présenter des observations originales recueillies en France.)

PRIX FALRET. — 1,000 fr. — *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.*

PRIX HERPIN (de Metz). — 1,500 fr. — *Préciser par une série d'observations s'il existe un traitement abortif de la syphilis confirmée.*

PRIX HUGUIER. — 3,000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

PRIX LAVAL. — 1,000 fr. — Ce prix sera décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie.

PRIX LOUIS. — 3,000 fr. — *Etude de l'action du mercure, du nitrate de potasse et de la digitale.*

PRIX ORFILA. — 2,000 fr. — *Du venin de la vipère.* (La question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique.)

PRIX PORTAL. — 600 fr. — *Le goître exophtalmique.*

R. F. D.

NOUVELLES

AVIS

MM. les abonnés de la France qui n'auront pas renouvelé leur abonnement avant le 15 janvier, sont prévenus que, à moins d'un ordre contraire, la quittance leur sera présentée à domicile dans le courant de février.

MM. les abonnés de l'étranger sont priés de nous envoyer sans retard le montant de leur renouvellement, afin d'éviter toute interruption dans le service du journal.

Voir en tête du journal, les conditions de l'abonnement collectif à la GAZETTE MÉDICALE, *à la* REVUE SCIENTIFIQUE *et au* JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

***

NÉCROLOGIE. — L'un de nos médecins hydrologues les plus distingués, M. le docteur Le Bret, ancien président de la Société d'hydrologie, vient de succomber, à l'âge de 64 ans, aux suites d'une longue maladie qui l'avait obligé à prendre une retraite prématurée. M. Le Bret est auteur de travaux fort appréciés sur les eaux minérales, et la distinction de ses manières, l'aménité de son caractère, lui avaient gagné, partout où il a vécu, l'estime et la sympathie générales. Sa mort laisse de profonds et unanimes regrets.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Roth, décédé à Paris, le 25 décembre 1885, dans sa soixante-dix-huitième année ; — de M. le docteur Vignard (de Fleury) ; — de M. le docteur Parise, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille.

***

LÉGION D'HONNEUR. — Nos lecteurs apprendront avec satisfaction que notre distingué collaborateur, M. Redard, médecin des chemins de fer de l'État, chirurgien du dispensaire Furtado-Heine, vient d'être promu chevalier de la Légion d'honneur.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par décret, en date du 23 décembre 1885, M. le docteur Leloir est nommé professeur de cli-

nique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille (chaire nouvelle).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le bureau pour 1886 est ainsi constitué : Président : M. Gillebert d'Hercourt père. — Vice-président : M. Freigniaud. — Secrétaire général : M. Thorens, et, par intérim, M. Christian. — Secrétaires annuels : MM. Dehenne et Pellier. — Trésorier : M. Perrin. — Archiviste : M. Rougon. — Conseil d'administration : MM. de Beauvais et Le Blond. — Comité de publication : MM. Christian, Deligny, Dehenne et Pellier.

PRIX DUPARCQUE. — Dans sa séance du 12 décembre, la Société de médecine de Paris, sur le rapport de M. Le Blond, a décerné le prix Duparcque de 1885 à M. Dalché, interne des hôpitaux, pour son mémoire intitulé : *De l'ovarite*. — Le prix était de 1,200 fr., plus une médaille d'or de 100 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 20 AU SAMEDI 26 DÉCEMBRE 1885.

Fièvre typhoïde 37. — Variole 2. — Rougeole 13. — Scarlatine 6. — Coqueluche 9. — Diphtérie, croup 47. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 8. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 180. — Autres tuberculoses 27. — Autres affections générales 78. — Malformation et débilité des âges extrêmes 53. — Bronchite aiguë 37. — Pneumonie 82. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 29. — au sein et mixte 22. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 108. — de l'appareil circulatoire 77. — de l'appareil respiratoire 63. — de l'appareil digestif 36. — de l'appareil génito-urinaire 30. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 19. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1027 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité de minéralogie appliquée aux arts, à l'industrie, au commerce et à l'agriculture, comprenant les principes de cette science, la description des minéraux, des roches utiles et celles des procédés industriels, etc., etc., par Jagnaux (R.), membre de la Société minéralogique de France et de la Société des Ingénieurs. Un très fort volume gr. in-8, de 900 pages, avec 468 figures dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Histoire des drogues d'origine végétale, par Fluckiger, professeur à l'Université de Strasbourg, et Hanbury, membre des Sociétés royale et linéenne de Londres, traduite de l'anglais, augmentée de très nombreuses notes par le docteur J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle de médecine de Paris. Deux volumes in-8, d'environ 700 pages chacun, avec 350 figures, dessinées pour cette traduction. — Prix : 25 fr. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 2 9 JANVIER 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA SYPHILIS AMYGDALIENNE A FORME DIPHTHÉROÏDE. — Leçon faite à l'hôpital de la Pitié par M. ALBERT ROBIN, suppléant M. le professeur JACCOUD ; recueillies par M. ED. JUHEL-RÉNOY, chef de clinique-adjoint de la Faculté.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

II

Est-ce un accident primitif ? — Etude du chancre amygdalien. — Son histoire. — Sa rareté. — Sa durée. — Mode de contagion : rapports anormaux ; chancre tonsillaire honnête; mécanismes du baiser et de la déglutition. — Caractères du chancre tonsillaire et variétés d'aspect ; troubles fonctionnels. — Erreurs de diagnostic commises. — Eléments du diagnostic. — L'étude des anamnestiques aussi bien que l'examen direct font repousser l'hypothèse du chancre amygdalien.

Mais quelle était cette angine syphilitique? S'agissait-il d'un accident primitif ou de plaques muqueuses ayant pris un aspect diphthéroïde ?

Cette question, messieurs, m'amène à vous parler de ces deux manifestations de la syphilis de la gorge.

Ne vous étonnez pas si je soulève l'hypothèse d'un *chancre amygdalien*, car cet accident primitif a souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic qu'on ne saurait imputer à l'ignorance des médecins, mais bien aux apparences trompeuses que cet accident revêt trop souvent quand il siége à l'isthme du gosier. C'est ainsi qu'on a pu confondre le chancre amygdalien avec une angine gangréneuse, un épithélioma, enfin avec une angine diphthéritique, ce qui nous intéresse tout particulièrement.

Le chancre de l'amygdale n'est pas encore très bien connu. Nié par Velpeau, absent des statistiques imposantes de Melchior Robert, Mac-Carthy, Clerc, etc., il est soupçonné par Ricord, Martellière, Cullerier, etc., et décrit magistralement par Diday, qui en rapporte du premier coup huit observations et étudie leur évolution et les difficultés de leur diagnostic. Dès lors, tous les auteurs en parlent ; aussi, vous signalerai-je seulement, parmi les travaux les plus récents, la belle description qu'en donne M. Mauriac et l'intéressant mémoire que M. Legendre a publié en 1884 dans les ARCHIVES DE MÉDECINE.

C'est un accident rare et qui n'appartient pas exclusivement à la femme, comme on le croyait jadis, alors qu'on pensait que le chancre ne pouvait se montrer en un siége aussi insolite qu'à la suite d'un coït anormal. La statistique de Diday établit une proportion égale entre les hommes et les femmes, 4 contre 4; celle de Legendre donne 7 hommes contre 6 femmes. Cependant, pour Diday, cette rareté ne serait qu'apparente, car il échappe souvent au malade ou est mal interprété par le médecin dont l'attention n'est pas mise en éveil. Aussi, quand l'accident primitif manque aux lieux d'élection, ne doit-on jamais négliger l'examen de l'isthme du gosier.

Ordinairement, il est solitaire, et je n'ai rencontré qu'une observation où il fut multiple; c'est celle d'un jeune homme du service de M. Mauriac, porteur de six chancres syphilitiques dont un sur chaque amygdale.

Pour Diday, la durée du chancre tonsillaire serait plus courte que celle des accidents primitifs qui siégent en d'autres régions. Ainsi il n'aurait pas duré plus d'un mois et demi, même dans un cas où il était phagédénique. En relevant les observations dans lesquelles la durée a été notée, je trouve quatre à cinq semaines. Dans un cas de Legendre. cependant, ce chancre dura six semaines sans qu'aucune complication ait pu donner la raison de cette longue durée. Vous verrez tout à l'heure comment ces notions sont applicables au diagnostic particulier de notre malade.

Le mode de contagion qui donne naissance au chancre tonsillaire a fait l'objet d'intéressantes discussions. On pourrait croire *à priori* que l'inoculation du virus dans les amygdales résulte ordinairement de rapports contre-nature, tels que le coït *ab ore*. Et, de fait, cette étiologie a été constatée plusieurs fois d'une manière indiscutable. Mais s'il en était toujours ainsi, nul doute que ce chancre ne fût plus fréquemment rencontré et surtout qu'il n'affectât d'une façon plus élective le sexe féminin. Or, vous avez vu que la statistique prouve le contraire. Retenez donc que cette cause existe, mais qu'elle n'est pas la seule. Il y a un chancre tonsillaire honnête, messieurs, et quoique cet accouplement de mots semble au moins étrange, il paraît hors de doute, d'après les observations connues, qu'une aïeule a pris un chancre de son petit-fils syphilitique qu'elle embrasse imprudemment sur les lèvres, et qu'une nourrice peut être contaminée en amorçant le biberon de son nourrisson porteur de plaques muqueuses.

Le mécanisme dn baiser, invoqué par Diday, et qui s'opère par un procédé qui tient à la fois de la succion et de l'aspiration, ne me paraît devoir être invoqué que dans les cas de ces baisers profonds et prolongés où la succion alternative de la langue est pratiquée par les deux sujets qui s'y livrent, ou dans les faits comme celui de Gibert, où une jeune fille subit l'embrassement d'un soldat syphilitique qui lui enfonça sa langue dans la bouche.

Il est plus rationnel, ce me semble, d'admettre que pendant la déglutition de la salive imprégnée de virus syphilitique, celui-ci peut se déposer sur une exulcération de l'amygdale, qui, par sa structure anatomique, est admirablement disposée pour servir de réceptacle, les cryptes qui couvrent sa face interne favorisant le séjour des liquides qui viennent à leur contact. C'est probablement par ce mécanisme que se produisent les contagions médiates par les objets usuels qui passent de l'un à l'autre sans nettoyage préalable, tels que cuillers, pipe, verres, etc. Il en est de même du chancre tonsillaire observé par Rollet chez les souffleurs de verre. Quant à l'observation relatée par Knight d'un neveu qui contagionna sa tante par l'intermédiaire d'une poudre dentifrice, elle paraît prêter à des commentaires qu'il est inutile de développer.

En thèse générale, le chancre amygdalion présente les caractères suivants : c'est tantôt une érosion légère, n'ayant que la très faible profondeur d'une plaque muqueuse exulcérée, accompagnée d'un léger gonflement de la région sous-maxillaire, comme dans le cas de ce négociant dont Diday rapporte l'histoire ; tantôt c'est une tuméfaction plus ou moins diffuse de la tonsille dont la couleur est devenue rouge-sombre ou carminée, et qui est couverte de petites ulcérations finement granulées, tandis que sa consistance donne au doigt la sensation d'une masse dure et résistante. Enfin, dans d'autres cas, c'est une ulcération profonde et comme anfractueuse, à fond grisâtre ou pultacé, bordée par une muqueuse tuméfiée, rouge, indurée, qui forme quelquefois autour de la cavité un bourrelet œdémateux.

Les troubles fonctionnels sont peu marqués; ils se résument en un peu de gêne, sinon de douleur, un très léger nasonnement et quelquefois une diminution de l'acuité auditive. L'haleine est très fétide. Diday insiste sur les symptômes généraux qui étaient très accentués chez deux de ses malades et se caractérisaient par de la fièvre, des symptômes adynamiques, de la prostration, de la fréquence avec petitesse de pouls : il est juste de remarquer que ces deux cas se rapportent précisément à la période de progrès de chancres amygdaliens devenus phagédéniques. J'ajouterai enfin que si le retentissement ganglionnaire paraît constant, il varie beaucoup dans son intensité et dans son étendue suivant les observations. Diday a remarqué qu'il était plus douloureux que l'engorgement inguinal consécutif aux chancres génitaux.

Il vous semble peut-être qu'avec la connaissance de ces trois types vous poserez facilement le diagnostic. N'en croyez rien, messieurs, car si l'on peut rapprocher théoriquement de ces trois variétés la plupart des cas particuliers, dans la pratique le diagnostic du chancre tonsillaire est rendu souvent fort laborieux par les caractères extérieurs de la lésion, l'absence ou l'exagération des signes fonctionnels et des symptômes généraux, enfin par les dénégations des malades.

Je ne puis entrer dans le détail des erreurs de diagnostic commises ; retenez seulement que parfois c'est un tableau qui simule la diphthérie, comme dans cette observation de Legendre, où pendant huit jours le diagnostic resta en suspens. Tantôt on croit avoir affaire à une angine gangréneuse, comme dans le cas de M. Laboulbène ; tantôt on diagnostique un épithélioma, comme dans le cas de Merklen ; tantôt, enfin, le chancre prend l'apparence d'une gomme ulcérée, ainsi que l'a constaté M. Launois chez un malade du service de M. Duguet.

Ce n'est donc pas seulement d'après les caractères de coloration, de forme, d'étendue, de profondeur de la lésion que vous pourrez établir votre diagnostic. Ces éléments ne devront intervenir qu'à titre de renseignement, à moins qu'ils ne se présentent d'emblée avec un aspect caractéristique, ce qui est exceptionnel. Mais vous devrez d'abord soigneusement interroger le malade au point de vue de ses antécédents, et retourner dans tous les sens le difficile problème de la contagion. Puis, introduisant l'index dans la bouche, vous chercherez à percevoir l'induration, la résistance, qui constituent dans toute région un bon signe de chancre infectant. Au besoin, vous tenterez de palper l'amygdale entre deux doigts. L'unilatéralité de la lésion, l'adénopathie en forme de pléiade, le peu d'intensité des phénomènes douloureux, la nature pultacée et friable des détritus qui couvrent la surface de l'ulcération, voilà autant d'éléments que vous ferez intervenir quelquefois d'une manière décisive.

Maintenant que vous connaissez dans ses lignes principales la physionomie du chancre amygdalien, vous pourrez concevoir déjà les motifs qui m'ont fait repousser son existence chez notre malade. D'ailleurs, le doute n'avait pas été de longue durée, car les antécédents très précis que j'ai pu recueillir s'accordaient trop nettement avec les symptômes locaux et fonctionnels des lésions amygdaliennes pour qu'une confusion fût possible.

Ainsi, la malade n'avait eu dans sa vie qu'un seul rapport sexuel, dont elle précisait la date : c'était le 15 avril. En prenant un mois pour l'incubation, et la plus longue durée constatée du chancre amygdalien, soit deux mois et demi, on n'obtient qu'un total de trois mois et demi, tandis qu'il s'est écoulé quatre mois et six jours entre le jour de la contamination et l'apparition du mal de gorge qui amena la malade dans nos salles. Cette première constatation juge déjà la question, mais j'ai à vous fournir des preuves encore plus convaincantes. C'est le 1er août, c'est-à-dire 107 jours après la contamination, qu'en sortant du bain elle s'aperçut que sa peau était comme marbrée ; huit à dix jours plus tard, elle remarqua pour la première fois qu'elle avait des boutons aux parties génitales, à la face interne et supérieure des cuisses. Vers la même époque, elle eut des démangeaisons et des croûtes dans la tête, et s'aperçut que ses cheveux, qui sont fort beaux, tombaient en abondance. Le mal de gorge ne vint qu'après tout cela, cinq à six jours avant son entrée à l'hôpital, soit vers le 21 août.

Voilà pour les antécédents. Quant aux symptômes locaux, l'étendue de la lésion et sa configuration, qui se rapporteraient à quatre chancres différents, l'absence totale d'induration, la détersion facile de l'amygdale, l'apparition contemporaine de plaques muqueuses génitales, s'associaient aux documents fournis par les antécédents pour faire rejeter définitivement le chancre amygdalien.

III

Il s'agit de plaques muqueuses diphthéroïdes. — Arguments tirés de la marche et de l'évolution. — C'est un accident qui n'est pas très fréquent. — Eléments du diagnostic. — Anatomie pathologique. — Traitement. — Conclusion.

Vous vous rappelez, messieurs, que j'avais soulevé deux hypothèses. Celle du chancre tonsillaire étant écartée, il ne nous restait plus à examiner que celle des *plaques muqueuses diphthéroïdes*. Ce fut, vous le savez, la conclusion à laquelle je m'arrêtai. Tout, en effet, s'accordait pour la légitimer : ces plaques s'étaient montrées en pleine évolution secondaire de la syphilis, suivant de quelques jours l'éruption des syphilides génitales ; enfin, peu de jours après l'entrée de la malade, elles s'étaient détergées, l'exsudat diphthéroïde avait disparu et les plaques avaient repris l'aspect classique que vous constatez aujourd'hui.

Nous avons recherché en vain la trace de l'accident primitif, mais cet insuccès ne saurait servir d'argument contradictoire devant le luxe et la précision des preuves que j'ai apportées à l'appui de mon diagnostic. Ou sait, d'ailleurs, combien difficile et souvent vaine est cette investigation.

Mais revenons un instant sur cette apparence diphthéroïde des plaques muqueuses. Ce n'est point une particularité fréquente, tant s'en faut, et si très habituellement les plaques muqueuses de la gorge, surtout quand elles tapissent complètement l'isthme du gosier, n'ont plus leur aspect opalin normal, mais prennent une teinte blanc-grisâtre plus accentuée, due à un léger exsudat, il est exceptionnel de voir cette teinte et cet exsudat revêtir si bien le caractère de la diphthérie qu'il est possible de leur imposer l'épithète de diphthéroïdes. Les syphiliographes décrivent fort bien la première de ces modalités, mais c'est à peine si quelques-uns d'entre eux signalent, par une courte phrase, cet état diphthéroïde que je vous ai décrit.

Une des rares observations que j'aie rencontrées est celle de MM. Barthélemy et Balzer. Il s'agissait d'une vigoureuse campagnarde de 22 ans, ayant contracté depuis plusieurs mois, à Paris, une syphilis dont elle présentait les accidents secondaires non douteux. En examinant la gorge, on vit les amygdales assez volumineuses et recouvertes de plaques grisâtres, épaisses, confluentes, qui simulaient, à s'y méprendre, les fausses membranes de la diphthérie, de sorte qu'au point de vue objectif, il était fort difficile de prendre parti, d'autant que la malade avait une fièvre assez vive.

La présence d'autres syphilides érosives et opalines dans la la cavité buccale, l'absence de ganglions sous-maxillaires, l'impossibilité de trouver dans l'urine trace d'albumine en dépit d'une lésion locale aussi intense, la marche et la durée même des accidents qui persistèrent sans que l'état général s'aggravât, enfin, l'action du traitement, furent les véritables éléments du diagnostic. Ajoutez à ce tableau le caractère pultacé de l'exsudat qui s'écrase sous le doigt, malgré son apparente cohésion, le siége de certaines plaques dans des régions que, d'ordinaire, la diphthérie envahit peu, et vous aurez l'ensemble des caractères distinctifs les plus probants qu'il me soit possible de fournir dans l'état actuel de la science.

Malgré ces éléments de distinction, vous aurez souvent encore le droit d'hésitation, d'autant que l'histologie pathologique des pseudo-membranes n'a pas encore donné des résultats définitifs.

Comme le dit M. Balzer dans son article « Syphilis », on n'est pas fixé sur la question de savoir s'il s'agit là de pseudomembranes formées à la surface des plaques muqueuses ou de modifications du revêtement épithélial. L'exsudat est formé de globules de pus et de cellules épidermiques atrophiées ou cavitaires. Sans nier la constance de la fibrine, Cornil croit que le réticulum fibrillaire est en grande partie formé par les prolongements rameux des cellules en voie de destruction : « Sur une coupe, on trouve d'abord une première couche formée de cellules cornées en voie d'atrophie avec beaucoup de « fines spores, d'algues microscopiques. On trouve au-dessous « un réticulum fibrillaire très élastique qui a été considéré « par Ch. Robin comme étant fibrineux. » En résumé, les couches épidermiques, transformées et dissociées par la suppuration, s'affaissent et se tassent à la surface de ces plaques muqueuses de manière à former une membrane qui peut englober parfois un peu de fibrine.

Le traitement employé a eu un succès rapide. Quelques gargarismes détersifs, des attouchements avec la solution de nitrate d'argent à 2 %, trois pilules d'iodure d'hydrargyre de 0 gr. 03, associé à l'extrait thebaïque et à l'extrait de quinquina, et nous sommes rentrés dans la syphilis normale. Aujourd'hui, la vaste éruption des organes génitaux s'est atténuée déjà dans d'incroyables proportions, et vous ne voyez plus dans la gorge que la plaque muqueuse banale. La plaque voisine du palais est en pleine voie de guérison.

En résumé, messieurs, si chez notre malade le diagnostic a été rendu facile par la coexistence des manifestations muqueuses et cutanées, si la nature de la lésion syphilitique ellemême n'a pas fait l'objet d'un doute, tant étaient précis les renseignements anamnestiques, vous avez pu cependant vous rendre compte de l'intérêt des cas analogues et des difficultés d'appréciation qu'ils peuvent présenter. Que votre attention reste éveillée sur les faits dont il s'agit, et n'oubliez pas que de l'accident primitif à la manifestation tertiaire si bien étudiée par Mauriac, la syphilis amygdalienne, peut donner lieu à des incertitudes de diagnostic que vous éviterez le plus souvent par un examen minutieux du malade.

HISTOLOGIE

NOTE SUR LA MOELLE OSSEUSE ET LE DISPOSITIF ANATOMIQUE EN RAPPORT AVEC SES PROPRIÉTÉS OSTÉOGÉNIQUES CONNUES, par le professeur J. RENAUT (1).

I. On sait que la moelle rouge des os renferme, au sein du tissu qui la compose et lorsqu'il est arrivé à l'état parfait, c'est-à-dire à celui de tissu conjonctif muqueux entourant les vaisseaux sanguins, trois ordres généraux d'éléments anatomiques : 1o des globules blancs de la lymphe et du sang, hyalins, à granulations éosinophiles ou à granulations graisseuses : c'est la série que l'on pourrait nommer *lymphatique ;* 2o des cellules rouges chargées d'hémoglobine identique à celle des globules rouges du sang : c'est la série *hémoglobique*, à laquelle il convient de rattacher certaines formes décrites par MALASSEZ et sur lesquelles je n'ai pas à insister ici ; 3o enfin des cellules particulières à noyau bourgeonnant,

(1) Communication faite à la Société nationale de médecine de Lyon, séance du 9 novembre 1885.

des myéloplaxes et des ostéoblastes, toujours en connexion avec des travées osseuses en voie de formation ou de remaniement. Ces trois ordres d'éléments : cellules de Bizzozero, myéloplaxes, ostéoblastes, constituent ce que j'appellerai la série *ostéogénique*, parce qu'elle est manifestement en rapport avec le processus ostéoformateur éminemment variable dont la moelle rouge est l'un des agents actifs pendant toute la durée de son existence.

Chacun connaît, d'autre part, la disposition importante des vaisseaux sanguins de la moelle rouge indiquée par Morat. Les veines de la moelle ont presque tout à fait exactement la constitution des lymphatiques, qui n'existent pas dans le tissu médullaire. J'ajouterai que chez les fœtus et chez les jeunes mammifères dont les os sont en voie de croissance, les capillaires médullaires et même les veinules portent des pointes d'accroissement en nombre considérable. Le réseau vasculaire sanguin affecte donc là un caractère embryonnaire permanent. Il résulte du second fait que le système sanguin de la moelle rouge des os est constamment en cours de végétation; et du premier il suit que ce même système, dont les veines jouent à la fois le rôle de veines et de lymphatiques, est à la fois le point de départ et l'aboutissant du mouvement de diapédèse qui se produit dans la formation médullaire tout entière. Les globules blancs, sortis des capillaires sanguins, rentrent peu après dans les veines, dont les parois sont réduites probablement pour cet objet même à leur couche endothéliale, au lieu de rentrer dans les trajets lymphatiques, comme il arrive dans les autres tissus. Il en résulte un cycle abrégé qui, au lieu d'être hémo-lymphatique comme ailleurs, devient artério-veineux. Cette condition est de toute importance, car, si l'on suppose que l'on transporte en tant que greffe la moelle osseuse avec ses vaisseaux, tout le cycle nutritif, représenté par l'issue diapédétique, l'évolution interorganique et le retour des globules blancs dans le sang, s'effectuera dans un système autonome dont le dispositif n'aura été nullement modifié. Le type de la nutrition interstitielle qui joue ici, comme on va le voir, un rôle considérable, n'aura donc subi par la transplantation aucune modification capable de le troubler sérieusement.

II. La moelle osseuse rouge ayant ainsi son autonomie, assurée par celle de son système vasculaire, au point de vue des mutations nutritives, examinons comment elle se constitue au-dessous de la ligne d'érosion d'un cartilage de conjugaison. Sur la ligne même d'érosion, les vaisseaux ossificateurs, bourgeonnements de ceux de la moelle, remplissent exactement les capsules du cartilage sérié qu'ils viennent d'ouvrir. Au premier abord, on croirait que la ligne d'érosion est une ligne hémorrhagique. Ceci revient à dire que chaque extrémité des vaisseaux érodants est renflée et remplie presque exclusivement de globules rouges. Un peu au-dessous de la ligne d'érosion, entre les travées directrices du cartilage, le vaisseau ossificateur devient distinct. Il est entouré d'un plasma liquide au sein duquel on voit des globules blancs, des globules rouges, des cellules rouges, et enfin des corps répondant à la définition des ostéoblastes. Dans la lumière du vaisseau, on trouve aussi, bien qu'en moins grand nombre, ces quatre mêmes ordres d'éléments : et cela sur des pièces fixées exactement par les vapeurs osmiques. Un fait de très haute importance peut être déduit de cette simple observation: c'est que *les éléments constitutifs essentiels de la moelle rouge sont formés dans les extrémités des vaisseaux médullaires de l'ossification.*

Un peu au-dessous de la ligne qui vient d'être décrite, on voit, le long des travées directrices, quelques ostéoblastes se disposer en rangée discontinue, et les premiers croissants d'osséine se déposer dans la concavité des festons des travées. Au-dessous encore, les vaisseaux ossificateurs, en lieu de végéter dans un seul sens, c'est-à-dire à l'encontre des séries du cartilage qui restent à ouvrir, poussent des pointes d'accroissement transversales et s'unissent pour former un réseau. En ce faisant, ils coupent les travées directrices et les morcellent. Dans ce morcellement, les vaisseaux, agissant comme des tarières, jouent le rôle principal ; mais ce n'est pas là le seul acte modificateur exercé. Les myéloplaxes entrent en scène et, s'appliquant sur les fragments de travées directrices séparés du reste, continuent à les éroder et souvent les réduisent à des particules minuscules. *Jusqu'ici la moelle osseuse n'a pour ainsi dire fait que détruire;* elle a à peine édifié des rudiments de substance osseuse destinés à être remaniés presque de suite par les vaisseaux et les cellules à noyaux multiples : processus limité dans un os en voie de croissance, généralisé au contraire quand, chez l'embryon, le modèle cartilagineux primordial de l'os est attaqué par les vaisseaux de l'ossification qui, à part l'action du périoste dont je n'ai pas à parler ici, ne font que l'évider pour former le canal médullaire primitif sur lequel les auteurs jusqu'ici ont trop peu insisté.

III. Revenons à un os en voie de croissance. Au-dessous de cette ligne d'érosion, puis d'ossification incomplète et de morcellement que nous venons de signaler, la moelle osseuse rouge se constitue à l'état définitif. Entre les vaisseaux et les fragments morcelés du système de préossification formé par les travées cartilagineuses, on voit se développer un tissu connectif jeune, au sein duquel sont diversement répartiesles cellules lymphatiques, les cellules rouges, les cellules de la série ostéogénique. Ces dernières se montrent surtout à l'état d'ostéoblastes, le long des fragments de tissu préossifié. Les ostéoblastes se disposent en rangées régulières, et l'on voit des lamelles osseuses se former. Ces ostéoblastes reposent sur le tissu connectif de la moelle. A leur niveau, *le tissu connectif devient fibrillaire* dans le sens de la croissance de l'os, et l'on peut voir manifestement que les faisceaux conjonctifs grêles, formant sa trame à l'exclusion des fibres élastiques qui n'existent pas, entrent dans la constitution des lamelles osseuses néoformées sous forme de très fines et pour ainsi dire minuscules fibres de Sharpey. Là seulement où la moelle a acquis sa constitution conjonctive vraie, et où ses îlots sont limités, au contact des ostéoblastes, par les fibres que je viens de décrire, la rangée ostéoblastique est continue et les lamelles osseuses vraies se forment les unes au-dessous des autres : concentriquement au vaisseau médullaire que commande l'ossification, et en prenant pour point d'appui les restes des travées directrices, bordées d'osséine puis fragmentées et morcelées. Ces travées sont donc les guides de l'ossification définitive ou *havérienne* exercée sous l'action propre des vaisseaux.

De plus, il ressort de là un nouveau fait dont l'importance n'échappera à personne, c'est que *l'os havérien, comme l'os périostique, est formé par des fibres de Sharpey noyées dans l'osséine* que vraisemblablement les ostéoblastes ont seuls

formée. Le processus de l'ossification donc n'est pas multiple, mais unique; il est le résultat d'une évolution des éléments du tissu conjonctif modelé aussi bien dans l'os vasculaire ou havérien que dans l'os périostique. Seulement, sous le périoste, les fibres de Sharpey sont volumineuses, tandis que dans l'os formé par la moelle elles sont d'une extrême ténuité. Le diamètre des fibres de Sharpey entrant dans la constitution de l'os vrai est commandé par celui des éléments du tissu conjonctif modelé qui en sont l'origine.

On comprend maintenant pourquoi, dans les os des Oiseaux et plus spécialement des Sauropsides, les systèmes de Havers sont formés par des fibres de Sharpey aussi bien que les systèmes intermédiaires. C'est qu'il s'agit d'un fait général, et que la constitution fibrillaire des lamelles de l'os havérien, indiquée par v. EBNER pour toutes les parties de l'os, est simplement moins évidente chez les mammifères : les fibres de Sharpey grêles étant chez eux noyées dans l'osséine des lamelles au point de devenir invisibles, si l'on n'emploie pour les déceler des moyens techniques particuliers (1).

Mais l'os ainsi construit par la moelle rouge n'a aucune fixité; après l'avoir formé, elle l'attaque, l'érode et le détruit parfois sans en laisser de trace. De nouvelles végétations vasculaires, ayant pour origine des pointes d'accroissement, percent les systèmes de Havers encore inachevés, les myéloplaxes achèvent de les ronger en creusant leurs faces ou en attaquant leurs extrémités. De là, l'irrégularité extrême des travées osseuses du tissu spongieux des os à moelle rouge. Après avoir ainsi détruit, la moelle réédifie, en se servant des fragments osseux qui subsistent comme de guides et de points de départ pour une nouvelle ossification.

Il est important de faire remarquer que ce travail est loin de s'arrêter à la sorte de sablier osseux émanant de l'ossification par le cartilage. Dans les os longs des enfants d'un an et pendant toute la période de croissance, c'est-à-dire jusqu'à la dixième ou douzième année, puis moins manifestement au-delà jusqu'au moment où les épiphyses se soudent, l'os émané du périoste, (la substance compacte de la diaphyse) subit de la part de la moelle un remaniement incessant.

Le canal médullaire du radius ou du cubitus d'un enfant d'un an n'est nullement limité par la série de lamelles osseuses minces faisant tout le tour de l'os et qui constitue chez l'adulte l'*os médullaire*. A la place de cette formation régulière, on voit une série de lames osseuses entées les unes sur les autres et que la moelle remanie incessamment.

Sous le périoste, on voit la couche osseuse dite périostique, formée exclusivement de fibres de Sharpey parallèles à l'axe de l'os. Plus en dedans, on distingue des systèmes de Havers séparés les uns des autres par des systèmes intermédiaires *périostiques* (c'est-à-dire uniquement constitués par des fibres de Sharpey). Plus en dedans encore, les systèmes intermédiaires consistent en des fragments de systèmes de Havers, que l'on peut reconstituer, sur les coupes transversales, en un cercle ou une ellipse, en les réunissant par la pensée au travers des systèmes de Havers néoformés. Bref, dans le tissu osseux périostique, de nouveaux vaisseaux ossificateurs ont poussé; ils ont résorbé autour d'eux l'os fibreux déjà édifié, puis construit des sytèmes de Havers. A leur tour, ceux-ci ont été attaqués par une nouvelle poussée vasculaire, ossificatrice à son tour. Ils sont ainsi devenus eux-mêmes des systèmes intermédiaires d'un nouveau genre : *les systèmes intermédiaires Havériens*, dont on n'a pas tenu compte jusqu'ici dans le processus de l'ossification pendant la période de croissance des os.

(1) Fixation par les vapeurs osmiques. Décalcification par HCl à 1 pour 1,000. Alcool, gomme, alcool, éosine hématoxylique.

V. Un os formé de fibres de Sharpey, dans la pièce en voie de croissance, s'édifie constamment sous le périoste. L'os est ainsi progressivement modelé à sa surface et prend peu à peu ses formes définitives. Sur ce modèle, les vaisseaux de l'ossification définitive ou havérienne travaillent à leur tour. Des systèmes de Havers se construisent dans la masse émanée du périoste, insensiblement rejetée vers le centre. La moelle osseuse centrale intervient enfin, et, au fur et à mesure que la pièce s'accroît par la périphérie, elle l'évide au centre. Ainsi l'os conserve à la fois sa forme générale, perfectionne ses contours, garde les proportions de sa diaphyse avec le canal médullaire. Tant que la croissance dure, l'os formé sous le périoste se détruit au contact de la moelle centrale. Quand la croissance est terminée, la moelle, par une sorte de manifestation clôturale de son activité, édifie l'os médullaire; puis elle passe à l'état adipeux, sauf dans quelques os, à centre toujours spongieux, c'est-à-dire en voie permanente de remaniement, bien que ce dernier soit ralenti.

Le rôle de la moelle osseuse rouge est donc corrélatif au remaniement de l'os. La moelle édifie toujours un tissu osseux transitoire, qu'elle dévore pour ainsi dire après l'avoir formé.

Tant qu'elle garde cette fonction, elle conserve aussi ses réseaux vasculaires à type embryonnaire, qui me paraissent, en vertu de leur constitution même, les mieux propres à devenir l'origine des éléments de la série hémoglobique, comme le sont les cellules vaso-formatives bien connues et aussi les bourgeons vasculaires d'accroissement quelconques, dans l'épaisseur et aux dépens desquels les globules du sang se forment de toutes pièces. Quand la période variable doit prendre fin, la moelle devient adipeuse, ses vaisseaux cessent d'être embryonnaires et munis de pointes d'accroissement. Ils ne végètent plus; ils forment autour d'eux et aux dépens des cellules connectives fixes, suivant la loi de FLEMMING, une sorte de pannicule analogue à celui qui existe sous la peau. Le tissu osseux ne sera plus dès lors remanié, à moins qu'une circonstance adventice, telle que l'inflammation de cause quelconque, ne ramène la moelle à l'état rouge et actif, comme on l'observe dans les diverses ostéites.

VI. Le problème des propriétés ostéogéniques de la moelle transplantée se trouve ainsi ramené à une véritable simplicité. Toute moelle rouge renferme son réseau vasculaire typique, disposé pour la formation osseuse havérienne et la suite de remaniements qui ont été décrits plus haut. Toute moelle rouge renferme des fragments de systèmes de Havers en voie de formation ou de destruction, mais dans les deux cas bordés d'ostéoblastes. Elle possède ainsi tous les éléments nécessaires pour une édification osseuse. Celle-ci s'effectuera d'autant plus aisément dans le transplant que le mouvement nutritif, assuré par la disposition autonome des vaisseaux, est assuré dans le sens de l'activité normale. Mais elle sera toujours éphémère, ainsi que l'a depuis longtemps démontré OLLIER par l'expérience, parce que toute édification osseuse d'origine médullaire est infailliblement vouée à la destruction par la moelle elle-même au bout d'un certain temps, à moins que cette moelle active n'ait disparu, comme il arrive dans les systèmes

de Havers dont les lamelles arrivent an contact dn vaisseau central. Et encore cette ossification havérienne, dans laquelle la moelle est annulée par épuisement, n'est-elle fixe que dans l'os dont la formation médullaire centrale a disparu par transformation adipeuse. Dans l'os à moelle centrale active, an contraire, l'édification havérienne est elle-même transitoire; et les vaisseaux médullaires, végétant sans cesse, viennent l'attaquer, la détruire et y substituer des édifications ossenses nouvelles, tant que la période de croissance ou celle analogue créée par l'inflammation ne sont pas encore closes.

Si maintenant on se place à un point de vne à la fois plus général et plus élevé, l'on doit, en résumé, considérer la moelle rouge comme constituant en même temps l'agent de la formation du tissu osseux dans l'ossification périvasculaire, ou *havérienne*, et aussi l'organe actif de sa croissance. Cette croissance s'effectue sans qu'à nn seul moment le tissu osseux, qui pourtant se détruit sans cesse au centre de la pièce en même temps qu'il se reforme à la périphérie et qu'il achève d'y modeler ses contonrs, cesse d'exister et de fonctionner avec ses qualités de solidité et d'activité organiques réunies. La natnre ne procède pas ici seulement comme un sculpteur qui, après avoir modelé par exemple un petit fémur dans l'argile, voudrait l'achever en le grandissant et en lui gardant ses proportions. Le sculptenr déposerait des couches à la surface en modifiant sans cesse la forme de celle-ci pour en perfectionner le relief; il éviderait en même temps le centre, mais il ne ferait qu'ajouter ou retrancher de l'argile. Les vaisseaux ossificateurs et modificateurs de la moelle osseuse font bien mieux que lui. Par l'édification havérienne qui pénètre le modèle périostique, ils perfectionnent la matière même de la pièce osseuse, amènent le tissu de cette dernière à l'état le plus achevé, afin qu'il fonctionne provisoirement dans tous ses modes; après quoi ils le détruisent au voisinage du canal central, en même temps qu'ils en reforment d'antre à la périphérie. Et la moelle, instrument unique de l'action modelante multiforme exercée pendant la croissance, continue cette série de constructions et de destructions laborieuses et subintrantes jusqu'au moment où, son travail étant achevé, elle se repose à l'état adipeux : prête d'ailleurs à réveiller son activité et son énergie restées latentes lorsque des nécessités fortuites et d'ordre pathologique lui commanderont, par une inflammation, par une fracture ou par toute autre cause déterminante introduite, de reprendre son rôle actif et de sortir de son repos (1).

PHYSIOLOGIE (2)

TRACÉ SPHYGMOGRAPHIQUE PRIS EN BALLON A UNE HAUTEUR DE DEUX MILLE CENT CINQUANTE MÈTRES, par le docteur S. POZZI, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de Lourcine.

Les ascensions en ballon sont maintenant si multipliées que les phénomènes physiologiques produits par le changement brusque de pressions sont aujourd'hui parfaitement connus. Mais parmi les relations qui ont été publiées, je n'en connais pas qui donne le tracé sphygmographique. C'est ce qui m'a engagé à publier ce document, retrouvé après bien des années, au milieu de vieilles notes.

J'ai fait l'ascension à laquelle il se rapporte à Lyon, au moment des Sessions de l'Association française pour l'avancement des sciences, le 28 août 1873. Dans la nacelle se trouvaient avec moi MM. Poitevin fils (l'aéronaute), le docteur Henri Contagne (de Lyon), et le professeur Charles Martins (de Montpellier). Ce dernier, dans notre descente très périlleuse, s'est lnxé le tendon du muscle jambier postérieur, lésion rare, dont il a fait le sujet d'nne communication très intéressante à l'Académie de médecine.

Partis du Parc de la Tête d'or à 10 beures 57 minutes du matin, nous descendions à 1 beure 5 minutes près du petit lac des Rousses, à côté de la frontière suisse. La hauteur minima marquée par le baromètre a été de 571 millim. C'est au moment où il marquait 572 que le docteur Coutagne prit le tracé de ma radiale gauche. Poitevin estimait que nous étions alors à environ 2,150 mètres de hautenr. La température était de 17°. Bien que deux de mes compagnons eussent ressenti de forts bourdonnements d'oreilles, je n'en avais été nullement incommodé; j'avais seulement une sensation de chaleur au visage. Mon pouls battait 96 pulsations à la minnte.

Il y avait une heure un quart que nous avions quitté la terre; nous nous étions très rapidement élevés au-dessus de 1,000 mètres, et depuis une beure environ la bauteur du ballon n'avait varié que de 4 ou 500 mètres. Je puis affirmer que je n'avais aucune émotion.

Fig. 1. Tracé sphygmographique pris en ballon à deux mille cent cinquante mètres (Pozzi).

Fig. 2. Tracé sphygmographique pris à Genève (Pozzi).

Voici les principales particularités du tracé, comparé à celui qui a été pris, dès le lendemain, à Genève, avec le même sphygmographe sur la même artère :

(1) Cette communication préalable résume quelques-unes de mes idées sur le rôle de la moelle osseuse. Je n'entre ici dans aucun détail quant à l'historique ni à la bibliographie de la question, qui sont d'ailleurs traités comme il convient : livre II, chap. VI de mon *Traité d'histologie pratique*, actuellement sous presse.

(2) Cette note a été communiquée à la *Société de Biologie* l'année dernière.

Ascension très brusque; — léger plateau; — descente assez rapide, marquée par nn dicrotisme très accusé.

Ces particularités sont en rapport avec l'abaissement de la pression artérielle due à la décompression rapide dans les couches supérieures de l'atmosphère. Elles pouvaient être prévues *a priori* et constituent la contre-partie des intéressantes expériences de Vivenot avec l'air comprimé. Ici, comme dans nne expérience de laboratoire, il n'y a eu aucune influence perturbatrice de ce facteur unique, la décompression rapide. C'est ce qui donne à mon observation une valeur bien différente de celle qu'ont les tracés pris snr le sommet d'une montagne. Le travail musculaire exagéré et la fatigue agissent incontestablement sur le tracé s'il est pris aussitôt l'ascension terminée; si on ne le prend qu'après plusieurs heures de repos, on doit craindre l'effet de l'accoutumance.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

I. APPLICATIONS DE LA MÉTHODE GRAPHIQUE A QUELQUES POINTS DE LA PHYSIOLOGIE DU GROS INTESTIN, par le docteur G. ROUCH. Un vol. in-8°. Paris, O. Doin, 1885. — II. TRAITÉ DE THERMOMÉTRIE MÉDICALE, par P. RENARD. Un vol. in-8°. Paris, J.-B. Baillière, 1885. — III. ETUDE SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU CHLOROFORME : *Modifications dans la quantité d'acide carbonique exhalé sous l'influence des inhalations chloroformiques*, par G. PALIS. Thèse de doctorat, Paris, 1885. — IV. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR L'ACTION SOMNIFÈRE DE LA HOLDO-GLUCINE, per R. JURANVILLE. Thèse de doctorat. Paris, 1885. — V. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CROISSANCE CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX, par SAINT-YVES MÉNARD. Thèse de doctorat. Paris, Asselin et Houzeau, 1885. — VI. RECHEACHES ANATOMIQUES SUR LES VEINES DU RACHIS, par CH. WALTHER. Thèse de doctorat. Paris, 1885.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III. La thèse de M. G. Palis sur l'action physiologique du chloroforme a été faite sous la direction de M. Quinquaud. C'est dire la précision des expériences qu'elle présente et la netteté des résultats. M. Palis n'a étudié qn'un point limité de la question si complexe du chloroforme; mais ses recherches peraissent très bien fixer ce point. Il s'agit des modifications que snbit l'exhalation d'acide carbonique par les poumons sous l'influence des inhalations chloroformiques. C'est donc là une étude de l'action la plus intime, de l'effet organique le plus profond du chloroforme, puisqu'en somme les résidus des échanges nntritifs sont en partie constitués par l'acide carbonique. Si l'on détermine exactement les modifications que le chloroforme fait subir à l'élimination de l'acide carbonique, on connaîtra par là même, d'une manière très approchée, son action sur la nutrition, et par suite on avancera dans l'explication du mécanisme de l'anesthésie.

La quantité d'acide carhonique exhalé sous l'influence des inhalations chloroformiques augmente-t-elle ou diminue-t-elle? En d'autres termes, la nutrition est-elle activée ou ralentie? M. Palis, après avoir décrit exactement les procédés et les appareils dont il s'est servi pour l'administration du chloroforme et pour le dosage de l'acide carbonique (méthode Quinquaud) et soigneusement indiqué les conditions dans lesquelles il s'est tonjours placé, distingne trois cas. An débnt des inhalations, et si celles-ci ne durent que qnelques minntes, il y a une légère angmentation dans la quantité d'acide carbonique exhalée. Mais, après nne demi-heure ou une heure d'anesthésie, on constate une diminution notable. Enfin, dans l'intoxication chronique, l'élimination augmente d'abord pour diminner ensnite progressivement d'nne façon notable; si on cesse les inhalations, quelques jours après on constate une augmentation considérable dans l'exhalation.

Tels sont les résultats des expériencesde M. Palis, faites sur le chien. Comme il n'en a déduit ancnne théorie, il convient d'imiter cette réserve et de se contenter de prendre bonne note de ces faits en vue de l'histoire future, complète et définitive, dn chloroforme.

IV. A côté dn travail de M. Palis, on pent placer celui de M. Juranville, où il est aussi question de l'action physiologique, non plus, à la vérité, d'un anesthésique, mais tout au moins d'un hypnotique. Il s'agit d'un glucoside du holdo (boldo-glucine, d'après la dénomination proposée par M. Juranville), préparé par M. Chapoteaut (voy. COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SC., 20 avril 1884) et dont M. Laborde a trouvé et parfaitement déterminé l'action somnifère (voy. COMPTES RENDUS DE LA SOC. DE BIOLOGIE, 28 février 1885). La thèse de M. Juranville a d'ailleurs été faite dans le laboratoire de la Faculté de médecine, si bien dirigé, comme on sait, par M. Laborde.

Cette étude se divise naturellement en trois parties : dans la première, l'auteur rapporte les résultats obtenns avant lui relativement à l'action physiologique générale de la boldo-glucine. C'est une simple analyse du mémoire de M. Laborde cité plus haut, et d'un autre trevail dû à MM. Dujardin-Beaumetz et Cl. Verne (BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE MÉD. ET CHIR., 3 février et 13 mars 1874). Dans cette partie, se trouve cependant consigné un fait qu'il convient de remarquer ici en le rapprochant des expériences de M. Palis sur le chloroforme. On doit aussi, du reste, la connaissance de ce fait à M. Laborde. Ce dernier, cherchant à pénétrer le mécanisme de l'action hypnotique du boldo, a eu l'idée, avec M. Quinquaud, de déterminer l'état des échanges nutritifs, sons l'influence de cette substance (voy. *Action physiologique d'un glucoside du boldo sur le sang, sur la respiration et sur la nutrition*, par MM. Laborde et Quinquaud, COMPTES RENDUS DE LA SOC. DE BIOLOGIE, 2 mai 1885); et les expériences instituées dans ce but ont montré que, pendant le sommeil boldique, comme pendant l'anesthésie produite par le chloroforme (voir plus haut les expériences de M. Palis), l'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique snbit une notable diminution. De ce rapprochement sort d'elle-même une conclusion dont l'importance n'échappera à personne au point de vue de nos connaissances sur l'action intime des substances qui produisent le sommeil.

La deuxième partie de la thèse de M. Juranville contient les recherches personnelles de l'auteur sur l'état de la circulation après l'administration du boldo. Il ne m'appartient sans doute pas d'apprécier ces recherches (voy. *Etat de la pression sanguine et de la circulation cérébrale pendant le sommeil produit par la boldo-glucine, contribution à la physiologie du sommeil*, par E. Gley, COMPTES RENDUS DE LA SOC. DE BIOLOGIE, 1er août 1885). Qu'il me suffise de signaler l'intérêt qu'il y avait à déterminer l'état de la circulation cérébrale pendant le sommeil boldique, étant donné le rapport étroit qui paraît exister entre le sommeil naturel ou provoqué et la circulation du sang

dans l'encéphale (1). M. Juranville a étudié avec soin comparativement la pression sanguine dans la carotide et les mouvements du cerveau. Le principal résultat de ces expériences est que, pendant le sommeil boldique, il se produit un certain degré d'anémie du cerveau : fait qui concorde avec ce que l'on sait sur la circulation cérébrale dans le sommeil (Durham, Salathé, Mosso). On trouvera dans le travail de M. Juranville d'intéressants tracés qui montrent les modifications de la pression sanguine et des mouvements du cerveau, sur lesquelles l'auteur fonde ses conclusions.

Il faut enfin indiquer au moins la troisième partie de cette étude, consacrée à la thérapeutique. M. Juranville a donné de la boldo-glucine à des aliénés atteints d'insomnie rebelle; il a fait ces recherches cliniques dans le service de M. Magnan, à l'asile Sainte-Anne. Les résultats qu'il a obtenus par l'administration de cette substance paraissent d'ores et déjà assez probants pour qu'on poursuive les essais qu'il a commencés; tout le monde en jugera ainsi à la lecture des observations qu'il rapporte.

V. Le développement des animaux, à partir de la naissance jusqu'à l'âge adulte, est un phénomène complexe, qui touche à la question si difficile et si obscure encore de la nutrition intime des tissus, et qui intéresse à la fois la physiologie et l'hygiène. M. Saint-Yves Ménard, dans sa thèse sur la croissance chez l'homme et les animaux, apporte à cette étude une utile contribution. Ses fonctions de sous-directeur du Jardin zoologique d'acclimatation lui ont permis d'observer de très près la croissance des grands animaux, comme la girafe et l'éléphant, et de la comparer avec ce qui se passe chez l'homme.

L'auteur entend par croissance, avec la plupart des physiologistes, « le phénomène qui consiste dans le développement du corps de l'homme et des animaux depuis la naissance jusqu'à la formation complète. » Ce phénomène, on le voit tout de suite, comprend deux éléments distincts : le volume et le poids du corps. En fait, pour bien se rendre compte de la croissance, on ne peut guère considérer que le volume, et dans le volume qu'une dimension, qui est la hauteur verticale ou la *taille*, vu que la largeur et l'épaisseur, ainsi que le poids, augmentent encore souvent après l'âge adulte; ce n'est plus alors de l'accroissement réel, mais de l'embonpoint. La taille, au contraire, reste stationnaire, au moins pendant quelque temps, dès que la croissance est achevée.

Ceci posé, M. Saint-Yves Ménard étudie la manière dont s'accroissent les différents tissus, osseux, musculaire, tendineux, vasculaire, nerveux. Ce chapitre est un simple résumé des principaux travaux histologiques, bien connus, qui ont élucidé ces questions.

La partie vraiment originale du travail de M. Saint-Yves Ménard consiste dans une intéressante étude de la marche de la croissance chez la girafe et l'éléphant ; pour plusieurs de ces animaux, les observations relativement à l'accroissement de la taille et du poids ont été poursuivies pendant dix années successives. Des mensurations faites par l'auteur et des courbes qu'il a dressées, il résulte manifestement que la croissance a lieu d'une manière générale chez ces grands animaux comme chez l'homme (en prenant pour celui-ci les moyennes de Quételet, relatives à la taille, comme terme de comparaison); la courbe, dans les deux cas, est approximativement une parabole. En ce qui concerne le poids, l'augmentation, dans les espèces animales observées comme dans l'espèce humaine, ne suit pas l'élévation de la taille.

On trouvera encore dans le travail de M. Saint-Yves Ménard un certain nombre de faits et de renseignements intéressants sur la durée de la croissance, sur le développement relatif de certaines régions du corps pendant la croissance, sur l'influence des sexes, de la grossesse, de l'espèce et de la race, des saisons, de l'alimentation, de l'exercice, etc., relativement au phénomène dont il s'agit.

Longet écrit dans son *Traité de physiologie* (3e édit., 2e tirage, t. II, p. 451), et M. Saint-Yves Ménard cite justement ce passage au début de sa thèse : « Ce serait une étude longue à faire que celle où l'accroissement des espèces serait observé d'une manière générale chez les principaux types des divers groupes du règne animal, de façon à réunir sur chacune d'elles au moins les renseignements que l'on possède jusqu'ici sur l'espèce humaine. Cette étude, qui a été à peine ébauchée sur quelques points, conduirait sans doute à découvrir plusieurs lois nouvelles et curieuses sur ce développement. » Le travail de M. Saint-Yves Ménard constitue certainement une excellente contribution à cette étude de physiologie comparée dont Longet indiquait si bien l'importance.

VI. La thèse de M. Ch. Walther, sur les veines du rachis, très précise description des veines intra-rachidiennes et extra-rachidiennes et de leurs anastomoses, est un travail d'anatomie qui doit être cependant indiqué dans cette REVUE. L'auteur décrit en effet soigneusement, surtout pour les veines intra-rachidiennes de la région cervicale, d'importantes dispositions anastomotiques, qui montrent bien le rôle considérable joué par ces veines dans la circulation du rachis et même de l'intérieur du crâne. Le fait anatomique concorde parfaitement avec les résultats des expériences physiologiques, avec ce que l'on sait, depuis les récents travaux de Mosso et ceux de François-Franck, sur l'importance de la circulation veineuse dans l'ensemble des phénomènes relatifs à la circulation cérébrale (mouvements du cerveau, déplacement du liquide céphalo-rachidien, etc.).

M. Walther indique aussi un autre point qui ne manque pas d'intérêt physiologique. De la description minutieuse qu'il fait des branches qui, sur toute la hauteur de la colonne vertébrale, unissent les veines intra-rachidiennes aux péri-rachidiennes, il ressort que ces anastomoses, très régulières et toutes spéciales, enlacent de leurs riches plexus les racines rachidiennes, jouant ainsi, vis-à-vis de ces racines, un rôle réel de protection, tout comme les veines intra-rachidiennes protegent, par leurs renflements supérieurs, l'extrémité de la moelle et le bulbe rachidien.

E. GLEY.

(1) Durham, *The physiology of sleep*, *Guy's Hospital Report*, 1860; Ehrmann, thèse de Strasbourg, 1858; Salathé, thèse de Paris, 1878; Mosso, *Circolazione del sangue nel cervello dell' uomo*, Roma, 1880; Vulpian, *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, Paris, 1875.

BIBLIOGRAPHIE

RAPPORT SUR LES TRAVAUX DU BUREAU D'HYGIÈNE DE LA VILLE DE REIMS PENDANT L'ANNÉE 1884.

M. le docteur Langlet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims et professeur suppléant à l'École de médecine, publie, en sa qua-

lité de directeur du bureau d'hygiène de cette ville, le rapport sur les travaux de ce bureau en 1884 (3e année). M. Langlet quitte la direction de ce bureau qu'il a contribué à créer et qu'il a dirigé avec beaucoup de zèle et de science (1).

La température maxima a été à Reims le 4 juillet (37°,5); la température minima, le 1er décembre (— 4°). Le mois d'août a eu la moyenne des maxima la plus élevée (28°,3); le mois de décembre a présenté la moyenne des minima la plus basse (2°,6).

La hauteur de la pluie tombée a été dans toute l'année de 494,34.

La consommation moyenne de l'eau a été de 60 litres, 78 par jour et par habitant; le 3 juillet, les machines de l'usine ont élevé 12,200 m. c. d'eau, soit, pour une population de 93,823 habitants, 130 litres par habitant.

Il existe à Reims une institution fort utile : les bains publics; il en a été donné 4,189 en 1884, soit 1,185 de plus qu'en 1883.

Il y a eu 2,972 naissances, soit 62 de moins que l'an dernier, et la diminution porte sur les enfants légitimes : 2,441 au lieu de 2,508; il y a eu 9 illégitimes en plus : 531 au lieu de 522.

Le nombre des morts-nés a été de 191, au lieu de 170 en 1883.

Les décès se sont élevés de 99, soit 2,777; la moyenne est de 29,58 p. 1,000; avec le Hâvre, 31 p. 1,000. Voilà celles, parmi les villes de France dont la statistique est publiée, qui présentent la plus grande mortalité.

De 0 à 1 an, le nombre des décès a été de 900, dont 685 pour les enfants légitimes et 215 pour les enfants naturels, ce qui, proportionnellement aux naissances, met le premier à 280 pour 1,000 et le second à 461 pour 1,000. Reims est la ville de France où la mortalité de 0 à 1 an est la plus grande.

Voici, quant aux causes de la mortalité, ce que nous dit le rapport :

La diarrhée infantile a enlevé 618 enfants de 0 à 1 an et 51 de 1 à 2 ans, soit 669, sur lesquels 572 n'avaient pas été nourris au sein. Le maximum des décès correspond à la 29e semaine.

Choléra. — 3 cas de choléra nostras et 11 cas de cholérine intense.

Fièvre typhoïde. — Elle a sévi surtout en août, septembre et octobre, et a donné 67 décès contre 85 en 1883. La plus grande mortalité coïncide avec le moment où la nappe d'eau souterraine a le plus baissé; chaque fois qu'un cas de fièvre a été signalé, on s'est aperçu que le malade consommait de l'eau de puits.

Diphtérie. — L'ascension de la mortalité continue depuis huit ans; elle était en 1883 de 88; en 1884 de 104. Le nombre total des cas a été de 138, sur lesquels 22 trachéotomies (5 guérisons sur 16 à Reims, 1 sur 6 à la campagne).

Variole. — 1 cas de mort sur 10 cas signalés; la maladie a été importée. 1 malade a été transporté à l'hôpital, où se sont alors développés 2 cas.

Phtisie. — Elle a donné 310 décès, dont 165 hommes, frappés de 20 à 25 ans et principalement de 30 à 35. Chez les femmes, la période maxima a été de 25 à 30 ans.

(1) A l'exemple du Hâvre et de Reims, quelques villes de France, encore beaucoup trop rares, ont organisé des bureaux d'hygiène. La GAZETTE MÉDICALE se fera un devoir d'analyser les travaux de ces bureaux avec l'espoir de contribuer ainsi à l'amélioration et à l'extention d'une institution si utile à la santé publique.

Alcoolisme. — Parmi les maladies ou accidents que l'alcoolisme a causés figurent : 1 érysipèle, 1 phtisie, 4 hémorrhagies cérébrales, 1 pneumonie, 5 cirrhoses, 1 asphyxie, 6 pendaisons, 2 submersions.

M. Langlet pense que l'insalubrité est un des facteurs de la mortalité; mais il n'a pas une absolue certitude sur ce point. En tout cas, en réunissant tous les groupes *intra-muros*, il obtient une mortalité de 28,12, tandis que, dans le groupe *extra-muros*, cette mortalité monte à 35,13 p. 1,000 habitants.

M. Langlet donne la mortalité par rue et par profession; il serait trop long d'en fournir les détails. Nous pouvons dire cependant que, relativement à la population de chaque profession, ce sont celles des balayeurs, des fileurs, des maçons, des teinturiers, des tonneliers, des tisseuses, qui ont donné le plus de décès, et celles des fileurs, des boulangers, des mécaniciens, des tisseuses, qui ont fourni le plus de décès par phtisie.

On compte aux hôpitaux de Reims 455,713 journées de maladie.

L'inspection médicale des écoles communales est faite avec soin, mais M. Langlet croit qu'il y aurait lieu d'étendre cette inspection aux écoles libres.

Le système des désinfections à domicile (il y a une étuve à Reims) fonctionne très bien.

La Commission des logements insalubres a présenté 547 rapports. C'est surtout de fosses d'aisance que l'on s'occupe à Reims, et un employé spécial vient d'être attaché au bureau d'hygiène.

L'abattoir est très surveillé; on a fait enfouir 94 vaches atteintes de péripneumonie, 11 vaches et 3 bœufs atteints de tuberculose. La surveillance a également porté sur les marchandises exposées en vente au marché.

Le laboratoire de chimie fonctionne très bien; M. Lajoux, qui en est le chef, a porté son attention sur le lait et certains produits médicamenteux; le public fait faire peu d'analyses. M. Lajoux a trouvé du lait fasilfié par de la gomme adragante et des pains de gluten contenant 50,70 de gluten pour 35,90 d'amidon, glucose, etc.

Dr DELVAILLE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. LEHRBUCH DER AUGENHEILKUNDE, par JULIUS MICHEL. Un grand volume in-8° de 675 pages, avec 85 figures dans le texte et 2 planches chromolithographiées. — J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1884.

L'auteur s'est proposé de réduire à leur minimum les difficultés qui viennent assaillir le commençant quand il veut étudier les maladies des yeux. Et l'on peut dire qu'il a atteint son but tout en étant aussi complet que possible et en ne négligeant aucune des questions élevées de l'oculistique. La première partie (physiologie clinique) est consacrée à l'étude des troubles de la réfraction, de la vision des couleurs, au maniement du miroir et aux maladies des musculatures de l'œil. La seconde partie (pathologie et clinique) envisage successivement toutes les affections oculaires. J'ai remarqué particulièrement un excellent chapitre sur les maladies du nerf optique, précédé d'une courte mais substantielle notice sur son anatomie normale et pathologique. L'histoire de l'hémianopsie, de la papille étranglée, des altérations du nerf optique

et des modifications de la vision dans les maladies de l'axe cérébro-spinal, est traitée avec un soin particulier qui en rend la lecture attachante et fructueuse. En somme, bon livre pour l'étudiant et le praticien.

II. VORLESUNGEN ÜBER PATHOLOGIE UND THERAPIE DER SYPHILIS, par EDUARD LANG. Un volume grand in-8°, avec de nombreuses figures. — J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1884-1885.

Deux fascicules du livre de E. Lang ont déjà paru. Ils comcomprennent 24 leçons qui ont trait aux sujets suivants :

Première partie. — Histoire de la syphilis. — Leçons I à III.

Deuxième partie. — Pathologie de la syphilis acquise. — Des manifestations initiales. — Généralisation de la syphilis. — Syphilis constitutionnelle. — Leçons III à VII.

Puis viennent des leçons sur la syphilis de la peau, des appareils digestif, respiratoire, circulatoire, lymphatique, osseux, cartilagineux, musculaire, nerveux, sensoriel. — Leçons VIII à XXIV.

Cet excellent ouvrage a un caractère éminemment pratique. Il est rédigé avec soin dans une langue peut-être un peu trop choisie. De nombreuses et fort belles figures facilitent l'intelligence du texte.

ALBERT ROBIN.

REVUE DES THÈSES

DE LA ROSÉOLE SQUAMEUSE, par A. CHAPARD., médecin stagiaire au Val-de-Grâce (Thèse de Paris, 1885).

La roséole squameuse est une éruption de taches roses de forme différente, et qui, sans qu'aucun suintement jamais ne se produise, se recouvrent bientôt de squames minces et peu adhérentes, ou de furfur épidermique. L'éruption se produit ordinairement sans réaction générale et disparaît au bout d'un temps assez régulièrement limité.

Longtemps mal connue des dermatologistes, la roséole squameuse, décrite par Gibert, était confondue avec le pityriasis rubra (Cazeneuve), ou avec les érythèmes polymorphes (Hébra).

Pour M. Fournier, la roséole squameuse est un pseudo-exanthème, intermédiaire entre une fièvre éruptive et une dermatose chronique.

La roséole squameuse débute ordinairement dans le courant d'une bonne santé, sans phénomènes généraux. Avec l'éruption apparaissent des démangeaisons, surtout au niveau des plis articulaires. Le prurit est intermittent, léger.

L'éruption apparaît d'une façon continue, insensible, par addition quotidienne de quelques nouvelles taches ; elle est descendante des parties supérieures du corps aux parties inférieures, le début ayant lieu sur le milieu de la poitrine. Tout d'abord, l'élément est miliaire, bien légèrement papuleux et entouré d'une zône érythémateuse non saillante. Ces papules s'applatissent, prennent la forme de taches lenticulaires, de couleur rose, à la surface desquelles l'épiderme est sec et semble plissé. A un moment donné, ces éléments se confondent, se réunissent et forment des plaques du diamètre d'une pièce de 50 centimes.

Jamais on n'observe de suintement. Cette affection a une durée de trois à huit semaines, évoluant suivant un type invariable dans de certaines limites.

C'est une maladie plus fréquente chez la femme et les jeunes gens que chez l'adulte. Elle n'est pas contagieuse. Elle se montre surtout au printemps et dans les saisons chaudes, à la suite d'émotions ou de chagrins.

Les pityriasis circinata et marginata se reconnaissent à ce qu'ils contiennent des spores ronds (microsporon auomœon), disposées en cercle autour des cellules épithéliales. Ces pityriasis ont une marche irrégulière et se prolongent plusieurs mois.

Le pityriasis versicolor a une marche chronique ; sa coloration est basanée, la desquamation en écailles, la présence du microsporon furfur viennent trancher le diagnostic.

Dans la trichophytie cutanée les plaques, ordinairement rares, guérissent au centre à mesure qu'elles s'étendent à la périphérie ; leur disposition manque de symétrie. Au microscope, on trouve le tricophyton.

La roséole syphilitique ne desquame jamais. La syphilis squameuse circinée est assez reconnaissable à son aspect, sa marche et son siége habituel.

Enfin, nous signalons le diagnostic que le médecin pourra avoir à faire quelquefois avec le pityriasis rubra aigu, la dermatite exfoliatrice et le psoriasis, les papules du lichen circonscrit.

Le traitement consistera à surveiller les phénomènes généraux, à conseiller les bains amidonnés contre le prurit.

MARTHA.

NOTES & INFORMATIONS

Le Conseil sanitaire international d'Alexandrie s'est réuni pour discuter les mesures à prendre à l'égard des navires venant de l'Inde, de Cochinchine et du Tonkin. Les membres anglais et égyptiens de la Commission, qui en forment la majorité, ont demandé la libre pratique pour les provenances des pays en question, tandis que la minorité, composée des délégués de tous les autres Etats, a réclamé l'observation de la quarantaine prescrite pour les navires avant le passage du canal. La minorité a rédigé, après la conférence, une protestation constatant que, ces derniers temps, cinq navires, qui avaient eu depuis leur départ des cas de choléra à bord, avaient été admis au libre passage par suite de la décision de la majorité de la Commission.

(LE TEMPS).

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — M. DECHAMBRE. — Un de nos confrères les plus distingués, le plus autorisé de la presse médicale française, M. Amédée Dechambre, est mort à Paris le 3 janvier courant, après dix jours d'agonie.

Dechambre est né à Sens le 12 janvier 1812. Après avoir fait dans cette ville de brillantes études littéraires, il commença un peu tard ses études médicales et concourut à Paris pour l'internat. Nommé dans la promotion de 1838, en compagnie de Béhier, Jacquemier, Roger ; il se rendit, à la fin de son stage, à Strasbourg, où il fut reçu docteur en médecine en 1844. Sa connaissance complète des humanités, un goût très vif pour l'esthétique

et une aptitude très grande pour la poésie et le dessin lui ont fait écrire, de 1834 jusqu'aux derniers moments de sa vie, de nombreux articles sur l'histoire de la médecine. Son goût pour l'histoire et l'archéologie lui valurent d'être nommé membre de la commission des travaux historiques et nous connaissons de lui des rapports d'un grand intérêt.

Dechambre avait collaboré à diverses feuilles médicales, et notamment à la GAZETTE MÉDICALE; il avait créé un petit journal qui vécut peu, lorsqu'il accepta en 1853 la direction de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, qui venait d'être fondée. L'on sait avec quel tact il s'est acquitté de sa direction, sachant grouper autour de lui une pléiade de jeunes médecins qui devaient bientôt devenir des maîtres, les Follin, les Broca, etc., pour ne citer que des morts. L'on sait aussi dans quelles circonstances il se retira de la direction nominale du journal, et quelle polémique il engagea avec d'honorables confrères qui ne pensaient pas comme lui, au sujet des annonces médicales. Mis à la tête de la direction du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, la plus vaste publication médicale et scientifique européenne du siècle, on n'ignore pas la conscience, l'activité, le rare bon sens et le tact exquis avec lesquels il s'acquittait du labeur qui lui avait été confié. A un esprit philosophique très élevé, Dechambre joignait un esprit naturel très complet, où la finesse et le gaulois faisaient bon ménage. Avec un grand savoir, joint à une faculté très grande d'assimilation et son honnêteté, il a rendu bien des services à ses confrères; aussi sa notoriété était-elle très grande. Nommé membre de l'Académie de médecine en 1875, il assistait à toutes les séances de la compagnie, intervenant peu, mais toujours à propos, dans les débats académiques. Nous qui l'avons connu tout particulièrement, nous ne pourrons oublier cet excellent confrère et ami, avec lequel depuis vingt ans nous ne cessions de causer de tout et de tous.

Les obsèques de Dechambre ont eu lieu, le mercredi 6 courant, au milieu d'un grand concours de collègues et d'amis. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par M. Béclard, au nom de l'Académie de médecine, M. Féréol, au nom de la Société médicale des hôpitaux, M. Lereboullet, au nom de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et par M. Delétang ancien élève du lycée de Sens.

A. DUREAU.

— Le docteur Gilbert Trapenard est mort à Bellenaves (Allier), le 24 décembre dernier. Il avait été reçu docteur à Paris en 1870; il avait pris pour sujet de thèse le pansement par occlusion des fractures compliquées de plaie. Durant ces quinze dernières années, il a fait à la Société médicale des sciences de Gannat, dont il fut secrétaire à diverses reprises, de nombreuses communications sur les diverses branches de la médecine, et, en particulier, sur l'hygiène des écoles. La GAZETTE MÉDICALE a publié, en 1882, un travail sur *l'Occlusion intestinale*, de ce regretté confrère. Il n'était âgé que de 39 ans.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Fauconneau-Dufresne, qui vient de succomber à Châteauroux à l'âge de quatre-vingt-huit ans, et celle de M. le docteur Jean-Baptiste Fourrier, de Serrouville (Meurthe-et-Moselle).

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Verneuil, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer dans le service des examens, pendant l'année scolaire 1885-1886, par M. Le Dentu, agrégé.

M. Darier, docteur en médecine, répétiteur à l'Ecole des Hautes-Etudes, est délégué dans les fonctions de chef de laboratoire de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Balzer, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par arrêté ministériel, en date du 24 décembre 1885, le concours qui devait s'ouvrir le 3 février 1886 devant la Faculté de médecine de Montpellier pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine d'Alger, est reporté au 15 mars 1886.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Par décret, en date du 22 décembre 1885, M. Duclaux, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie biologique à la Faculté des sciences de Paris (chaire nouvelle).

***

LES DÉCORATIONS UNIVERSITAIRES. — Un décret daté du 24 décembre dernier détermine les conditions dans lesquelles les décorations d'officiers d'Académie et d'officiers d'instruction publique sont conférées par le ministre d'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, aux membres du corps enseignant, aux savants, et, en général, aux personnes qui, à un titre quelconque, ont bien mérité de l'instruction publique.

***

LE STAGE DANS LES HÔPITAUX. — Il est institué, près le ministère de l'instruction publique, une Commission chargée d'étudier et de proposer un règlement général réorganisant le stage dans les hôpitaux. Elle se compose de MM. Gavarret, président; Peyron, vice-président; Béclard, Besnier, Charcot, Gallard, Jaccoud, Léon Labbé, Le Fort et Tillaux.

***

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 29 décembre 1885, M. Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décrets, en date des 26, 28 et 29 décembre 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur.— MM. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Hattute, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier.—MM. Mathis, Poncet et Mathieu, médecins principaux de première classe; Kopf, Naïl et Bergé, médecins-majors de première classe; M. Debeaux, pharmacien principal de deuxième classe; Bizot, vétérinaire principal de première classe; Baillet, directeur-professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse; Commenge, médecin du bureau de bienfaisance du IV° arrondissement de Paris.

Au grade de chevalier.—MM. Chaumery, médecin sanitaire de France à Alexandrie; Paul Gibier, médecin à Paris; Guien, Geschwind, Clément, Evrard, Guilhem, Millet, Penot, Charbonnier, Crussard, Lacassagne, Benoît, Darricarrère, Nicaud, Géniaux, Davignon et Poignon, médecins-majors de première classe; Cortial, Klein et Langue, médecins-majors de deuxième classe; Fleury, pharmacien principal de première classe; Balland et Moullade, pharmaciens-majors de première classe; Diacre, aide-médecin auxiliaire de la marine; Fabrier, médecin-major de deuxième classe (territorial); Cornevin, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon; Besnard, vétérinaire en premier; Bénard, Beau, Montagnac et Paysan, vétérinaires militaires; Vattier, médecin en chef de l'hospice civil de Vernon; Weber, vétérinaire à Paris Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne; Tourangin et Barlemont, médecins à Paris; Girard, médecin de la maison centrale de Riom; Laffitte, directeur de l'asile d'aliénés des Basses-Pyrénées; Bondet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

***

Six places de membres correspondants nationaux sont déclarés vacantes à la Société de médecine légale. Les candidats sont invités à faire parvenir leurs demandes sans retard au secrétariat général, 7, rue Monsigny.

***

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le Conseil général de la Seine, dans une de ses dernières séances, a émis les vœux suivants :

1° Que le concours pour la bourse de voyage entre les internes

des asiles d'aliénés soit remis à la fin de 1886, afin que les concurrents aient le temps de s'y préparer;

2° Que le service des aliénés soit attribué à l'administration de l'Assistance publique;

3° Que le nombre des médecins-inspecteurs des établissements et asiles d'aliénés soit réduit à deux.

***

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 2 janvier 1886, M. Guès, médecin-professeur de la marine, a été promu au grade de médecin en chef.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 27 décembre 1885 au samedi 2 janvier 1886.

Fièvre typhoïde 28. — Variole 4. — Rougeole 21. — Scarlatine 3. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 46 — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 39. — Phthisie pulmonaire 169. — Autres tuberculoses 30 — Autres affections générales 62 — Malformation et débilité des âges extrêmes 65. — Bronchite aiguë 32 — Pneumonie 99. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 18. — au sein et mixte 19 — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 107. — de l'appareil circulatoire 71. — de l'appareil respiratoire 78. — de l'appareil digestif 46 — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 23. — Causes non classées 10. — Total de la semaine : 1025 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition, entièrement refondue. Un vol. in-8 raisin de 1700 pages, avec 9 figures dans le texte et 2 planches. — Prix : 27 fr. — Ouvrage couronné par l'Institut de France. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Eléments de pathologie, par Ed Reindfleisch, professeur à l'Université de Wurtzbourg, traduit de l'allemand et annoté par le docteur J. Schmitt, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Un volume in-8 de 400 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, 1886, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traité de zoologie médicale. Première partie : Protozoaires, Histoire de l'œuf, Cœlentères, par Raphael Blanchard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8 de 192 pages avec 124 figures (1886). — Prix : 3 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE

DE LA MALADIE DE DUPUYTREN, par le docteur CH. AMAT, médecin-major de deuxième classe.

> Depuis longtemps, je m'élève contre l'abus des opérations, et je recommande d'épuiser les ressources de la thérapeutique médicale..... Heureux les chirurgiens qui n'auraient pas de trousse et sauraient s'en passer ! (Verneuil. *La chirurgie en* 1885, discours à l'Association française pour l'avancement des sciences, session de Grenoble.)

Du jour où Dupuytren a le premier appelé l'attention sur une affection bizarre plus spécialement caractérisée par la production dans la paume de la main de brides saillantes fléchissant peu à peu les doigts, des études nombreuses ont été entreprises dans le but de découvrir la cause et la nature des lésions, le traitement rationnel à leur opposer. S'il en est résulté des opinions encore bien divergentes, on a du moins acquis la certitude que l'aponévrose palmaire n'est pas l'agent unique de la rétraction, à l'encontre de ce que pensait le chirurgien illustre dont nous conservons le nom pour ne rien préjuger sur l'affection dont il s'agit.

Un cas récemment observé dans des conditions exceptionnelles, et publié ci-dessous avec tous les détails qu'il paraît comporter, contribuera peut-être à jeter un certain jour sur un sujet encore controversé.

I

Diathèse arthritique. — Fourmillements aux extrémités. — Sclérose de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané à la paume des mains, à la plante des pieds, aux mollets. — Rétraction consécutive avec flexion progressive des doigts. — Médication tonique. — Iodure intus et extra. — Ephidrose. — Guérison.

W..., adjudant au 68e d'infanterie, 27 ans ; six ans de services faits à Issoudun, depuis trois mois seulement au Blanc.

Né à Paris, qu'il n'a jamais quitté jusqu'au moment de son engagement volontaire. Placier en bronzes. Courses le matin, séjour au magasin le soir.

Douleurs articulaires chez les ascendants ; ni frères, ni sœurs.

Santé antérieure parfaite ; simple indisposition, il y a quatre ans, due à de l'embarras gastrique suivi d'ictère. Sobre, très rangé ; pas trace d'alcoolisme ni de syphilis.

Sécrétion sudorale habituelle assez abondante avec exacerbations aux pieds et aux mains pendant l'été, amenant de l'exfoliation épidermique.

Vers le 10 mai 1885, légers fourmillements aux extrémités palmaires, pouces et gros orteils exceptés. Obtusion tactile ; maladresse reconnue en jouant aux cartes ; s'accentue et devient plus pénible en même temps qu'une fatigue, qu'un brisement inaccoutumé, obligent au repos à l'issue de chaque exercice.

Dans ces conditions, W... part en permission de quatre jours le 23. Pendant cette période, une douleur subaiguë comparable à celle provoquée par la constriction exercée au moyen d'un lien survient au niveau de la partie supérieure des deux mollets. Marche malaisée, descente des escaliers particulièrement difficile.

Régions plantaires prises à leur tour ; souffrances lorsque le pied se pose à plat.

En même temps, crispation des mains, flexion progressive des doigts.

Ces symptômes divers entraînent l'admission du malade dans les salles militaires de l'hospice du Blanc à la date du 28 mai dernier.

W..., châtain, de taille moyenne, anémié, ne peut se servir de ses membres. Couché, il éprouve des sensations de picotement, de tiraillement, mais pas de souffrances réelles. On constate, avant toutes choses, une impotence fonctionnelle résultant de la flexion des doigts, accusée surtout à gauche. Debout, la douleur existe à la portion antérieure de la face plantaire et au niveau où l'aponévrose du soléaire est circonscrite par les deux gastrocnémiens.

Les mains sont fermées au point que le malade ne peut saisir les objets ; seule, l'opposition du pouce persiste. Flexion de la première phalange sur l'os métacarpien, de la seconde sur la première, la dernière participe peu à la rétraction. En combattant la crispation, on voit se dessiner des cordons résistants, allongés, situés sur le trajet des tendons fléchisseurs Si l'on force successivement chacun des doigts à reprendre et même à dépasser l'extension normale, une douleur vive est accusée dans la gouttière du cubital pour le petit doigt et à la face postérieure de l'avant-bras pour tous les autres. La pression en ces divers points ainsi qu'au niveau du médian au poignet provoque une certaine souffrance. Pas de saillie marquée du petit palmaire.

La peau, de coloration normale, sèche, semble condensée, les plis sont peu apparents, les bourrelets graisseux correspondant aux trois espaces interdigitaux ont disparu. L'adhérence aux plans sous-jacents paraît complète. Pas de sueurs locales.

Mêmes remarques à faire aux mollets. L'aponévrose jambière, d'habitude séparée des téguments par du tissu cellulaire sous-cutané, est devenue adhérente. Non seulement il est impossible de faire un pli au niveau de la région, mais encore on perçoit à la vue et au toucher la tension particulière exercée en ce point par le redressement de la jambe sur la cuisse. Un certain degré d'atrophie est manifeste ; comme aux mains, les lésions sont plus accusées à gauche.

La plante des pieds ne présente pas de symptômes objectifs spéciaux, à part un certain amaigrissement dû plutôt au tassement qu'an ratatinement des tissus. Pas de mobilité des couches les unes sur les autres. Absence de déformation apparente de la voûte, néanmoins sensation pénible à la pression d'un plan résistant.

La marche s'effectue genoux légèrement fléchis et pieds rasant le sol. Pas d'incoordination des mouvements, mais plutôt incertitude que n'influence ni la lumière ni l'obscurité. Va, vient, tourne assez facilement sur lui-même et supporte sur un pied seul tout le poids du corps. Sol perçu, tapis, parquet ou carreau parfaitement différenciés. Conservation du sens musculaire ainsi que des sensations au toucher, au chatouillement, au froid, au chaud; pas le moindre retard dans les perceptions.

Absence de douleurs fulgurantes; les muscles conservent la contractilité électrique. Pas d'exaltation des réflexes tendineux. Intégrité des appareils digestif, pulmonaire, cardiaque. Ni troubles oculaires, ni troubles auditifs. Articulations indemnes. Rien à la colonne vertébrale. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Prescription d'un régime reconstituant avec vin, fer, quinquina, amers. Bains sulfureux tous les trois jours.

Une semaine après, 5 juin, pas d'amélioration, la flexion des doigts s'accentue surtout à gauche. Etat stationnaire aux mollets et aux pieds. Application en ces divers endroits d'une couche de pommade iodurée préconisée par M. Vulpian dans les proportions suivantes: vaseline, 20; iodure de potassium, 10; teinture d'iode, 2. Enveloppement avec de l'ouate. Pansement fait tous les jours. Un gramme d'iodure de potassium à prendre tous les matins.

10 juin. — Peau des mains se fendille. Sensation de fourmillement et même de brûlure superficielle persiste. Rien de particulier ailleurs. Même traitement. Augmente de 50 centigrammes la dose journalière d'iodure.

15 juin. — Exfoliation épidermique. Extension revient un peu. Marche et station debout encore pénibles.

20 juin. — Amélioration. La paume s'assouplit. Pansement avec attelle en carton; 2 gr. d'iodure.

25 juin. — Progrès réel. Crispation diminue; préhension possible. Massage dans le bain.

1er juillet. — La main droite s'ouvre beaucoup plus facilement que la gauche. Le médius est presque complètement étendu; l'annulaire et l'auriculaire sont les plus réfractaires. Atténuation des fourmillements et des sentiments de constriction perçus au membre inférieur droit. Les résultats obtenus sont moins apparents à gauche. Pas de symptômes iodiques. 2 gr. 50 d'iodure.

5 juillet. — Le traitement fait merveille: la guérison se prononce de jour en jour. La paume des mains est devenue plus souple; pendant l'extension se dessinent des bandelettes fibreuses dues à une adhérence morbide de la peau aux tissus situés au-dessous. Nuits bonnes. Le malade, un instant découragé, reprend confiance et croit à la guérison prochaine.

10 juillet. — La main droite s'ouvre complètement; le petit doigt et l'annulaire seuls dessinent encore un angle obtus. A la main gauche, les progrès, quoique évidents, n'ont pas été si rapides; cette dernière est encore enduite de pommade et enveloppée. La dose d'iodure journalière est portée à 3 grammes.

15 juillet. — Fourmillements légers persistent aux membres inférieurs seulement. Marche devenue facile. Extension presque complète de la main gauche, complète à droite. La peau est ici d'une grande souplesse, bien que les brides constatées sur le trajet des tendons fléchisseurs s'y dessinent encore. Retour de la sueur locale.

20 juillet. — Promenades sans fatigue. L'auriculaire gauche est encore un peu incurvé. Eruption discrète de sudamina au niveau des dernières phalanges.

25 juillet. — Guérison confirmée. La marche et l'usage des mains sont parfaitement revenus. L'écriture est facile, mais la sudation est tellement abondante que W... laisse des traces sur tout ce qu'il touche. Cette hypersécrétion ne l'étonne pas; elle était habituelle à semblable époque; son absence l'avait bien plutôt surpris. L'image obtenue par l'impression photographique suivant le procédé Aubert démontre que l'éphidrose est surtout abondante au niveau de l'éminence hypothénar et de la pulpe des trois derniers doigts.

1er août. — Tout est rentré dans l'ordre. Pas de gêne ni de douleur aux pieds et aux mollets. Extension des deux mains complète. La peau de la paume semble avoir retrouvé toute son élasticité: elle est lisse, souple, bien que par l'extension forcée on fasse saillir de légères brides suivant la direction des tendons fléchisseurs. On voit à la loupe les orifices des glandes sudoripares largement béants. La sueur est abondamment sécrétée.

5 août. — Le traitement du début est modifié par diminution progressive des doses d'iodure. On y joint quelques frictions palmaires et plantaires à la pommade belladonée. L'éphidrose diminue notablement.

10 août. — Eruption confluente de sudamina au niveau du talon de la main, des éminences thénar, hypothénar et surtout des trois dernières phalanges. Une pilule d'un milligramme d'atropine tous les soirs, en plus des frictions.

Pas d'accidents oculaires. Ephidrose considérablement diminuée. W..., qui a recouvré le complet usage de ses mains, part le 18 août en congé de convalescence.

Cette observation nous paraît fournir des renseignements d'autant plus précieux que le malade a été suivi dès les premières atteintes. Cet avantage très appréciable se rencontre surtout dans la pratique médicale militaire, où l'homme, devant un service de tous les instants, n'hésite pas à signaler les plus petites indispositions.

Si les symptômes palmaires ont dominé la scène, cela tient surtout à l'importance de l'organe principal de la préhension, à la disposition anatomique des éléments qui le constituent: la plante des pieds, les mollets, ont été pareillement lésés. Tout a résulté d'une modification dans le fonctionnement de la peau de ces régions, puisque les désordres constatés ont progressivement disparu avec le retour de la diaphorèse. Cette hypersécrétion sudorale locale a, pour les médecins français du moins, des relations très étroites avec l'arthritisme, opinion que corroborent du reste les arthralgies signalées chez les ascendants.

La maladie de Dupuytren semble bien être dans ce cas une manifestation de cette diathèse.

(A suivre.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

COURANTS ÉLECTRIQUES NATURELS; LEUR RÔLE DANS LA NUTRITION (1), par M. le docteur ONIMUS.

Galvani le premier a découvert que les muscles et les nerfs avaient en eux-mêmes la source de courants électriques. En mettant en contact avec un galvanomètre d'un côté la surface interne d'un muscle ou d'un nerf, et de l'autre côté la surface externe, on voit l'aiguille manifester un courant plus ou moins fort, mais qui indique toujours que le courant est dirigé dans un sens déterminé.

Ces propriétés des muscles et des nerfs proviennent-elles

(1) Chapitre extrait de l'article *Electrothérapie*, actuellement sous presse, du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES.

de ce que les muscles et les nerfs ont une organisation telle, qu'ils donnent lieu à des courants électriques? C'est là ce que veut M. Du Bois-Reymond, et il admet que les muscles et les nerfs sont constitués par des molécules organiques, ayant une forme cylindrique dont la surface est positive et les extrémités négatives. Les électricités de même nom de deux surfaces tournées l'une vers l'autre se détruisent réciproquement; il en résulte que l'électricité négative des surfaces des bases appliquées librement à la section transversale du muscle, et l'électricité positive des surfaces librement adossées à la section longitudinale, entrent seules en action. Au moment du fonctionnement, cet état électrique est changé. Des raisons purement physiques montrent l'erreur de cette théorie, mais nous insisterons surtout sur des objections tirées d'autres expériences.

La première de ces objections, faite autrefois par Becquerel, c'est que toute combinaison chimique donne lieu à un courant électrique, et que ces courants électriques se trouvent dans tous les tissus organiques, aussi bien dans une tranche de pomme de terre que dans un muscle.

Cependant la direction permanente du courant musculaire, ses modifications selon l'animal et même selon tel ou tel muscle, sa disparition pendant la contraction, tous ces faits plaidaient en faveur de la théorie de Du Bois-Reymond.

La différence de vitesse de l'influx nerveux et de l'électricité porta un coup des plus rudes à sa théorie, mais sans la détruire entièrement. Elle était encore dominante en Allemagne, lorsque Hermann attribua la cause des courants électriques à la décomposition de la substance musculaire ou nerveuse, au contact de l'air.

Pendant ce temps, Matteucci produisait l'état électrotonique sur des substances autres que les nerfs, et même sur un fil de platine entouré de fil de coton imbibé d'eau salée. Il montrait que le cathélectrotonus et l'anélectrotonus étaient en partie le résultat d'actions électrolytiques. De toutes les théories de Du Bois-Reymond et de ses élèves, de Pflüger entre autres, il ne restait donc plus rien de solide, ni rien de bien exact.

C'est alors que Becquerel, par sa découverte des courants électro-capillaires, non seulement vint détruire complètement l'hypothèse des molécules organiques polarisées, mais replaça la question sur un nouveau terrain qui, à notre avis, est le seul vrai.

Toute action chimique produit des courants électriques; il est donc conséquent d'en trouver dans l'organisme vivant, puisqu'il est le siège d'un grand nombre de réactions chimiques. Becquerel, en effet, a trouvé que tous les tissus donnent naissance à des courants, les nerfs, les muscles, les tendons, les os, les artères, les veines, courants d'origine chimique et qui ne sont nullement le résultat d'organisation électrique des molécules organiques. Mais il ne suffit pas d'avancer qu'il y a des courants électriques dans les tissus des êtres vivants, il faut encore connaître leur mode de production et les conducteurs qui servent à la recomposition des deux électricités mises en liberté.

C'est ici qu'intervient la découverte de Becquerel : deux liquides hétérogènes, séparés par une membrane organique ou par un espace capillaire, donnent naissance à un courant électrique, lequel est capable de produire des effets chimiques et mécaniques. La paroi en contact avec le liquide qui se comporte comme acide est le pôle négatif et la paroi opposée le pôle positif.

Nous voilà donc en droit, d'après des expériences exactes et positives, d'affirmer que chaque fois que nous trouverons deux substances liquides ou semi-liquides hétérogènes séparées par une membrane, d'affirmer, dis-je, qu'il se forme un courant et même que ce courant a une très grande intensité. Cette grande intensité est due à ce que les courants ainsi produits n'éprouvent aucune résistance dans leur parcours, attendu que les électricités dégagées passent immédiatement dans la couche liquide infiniment petite, adhérente aux parois et se comportent comme corps solides bons conducteurs. C'est cette absence de résistance qui donne aux courants électro-capillaires une puissance considérable, et avec les appareils électro-capillaires on a immédiatement le maximum d'action.

Si nous nous reportons actuellement à la structure des muscles, des nerfs, des cellules, des fibres, en un mot de tous les tissus organiques, nous retrouvons partout ces couples électro-capillaires. Ce sont absolument des reproductions des appareils électro-capillaires, et, de fait, au galvanomètre, on constate des courants électriques plus ou moins intenses.

Ce ne sont pas seulement les nerfs et les muscles qui ont des courants électriques propres; le champ est agrandi, et nous savons aujourd'hui que ces courants existent dans tous les tissus, et que le nombre en est infini. Au lieu d'être un fait particulier, l'électricité arrive ainsi à faire partie comme phénomène intime de toutes les fonctions organiques.

Pour comprendre toute la portée de ce fait, il suffit d'énoncer les deux propositions suivantes : 1° il n'y a pas d'action chimique, et pas de structure de matière organisée, qui ne donne lieu à un courant électrique ; 2° il n'y a pas de vie sans action chimique et sans structure de matière organisée.

Mais il y a plus, et la membrane même n'est point nécessaire, car nous avons observé qu'elle peut être remplacée, et avec avantage, par une masse de substance albuminoïde. Voici le résumé de nos expériences tel que nous l'avons présenté à l'Académie des sciences en 1874 :

L'interposition d'une couche de substance albuminoïde (blanc d'œuf, albumine de sang) entre les deux liquides détermine des phénomènes électro-chimiques.

Nous avons employé pour ces expériences le procédé suivant : dans un tube en U nous versons d'abord de l'albumine, de manière à remplir le fond; puis, de chaque côté, nous versons lentement, et de manière à empêcher le mélange brusque avec l'albumine, les liquides qui doivent réagir l'un contre l'autre. Au bout de quelque temps, les solutions se rencontrent dans la couche d'albumine, et donnent lieu alors aux doubles décompositions indiquées par Becquerel. C'est ainsi qu'en mettant d'un côté une solution de sulfate de cuivre, et de l'autre une solution d'oxalate de potasse, il se forme de très beaux cristaux bleus d'oxalate double de cuivre et de potasse.

De même, en mettant d'un côté du sulfate de soude, et dans l'autre du nitrate de chaux, on obtient des cristaux de sulfate de soude et de chaux. Ces cristaux, dans ce cas, forment toujours une masse plus ou moins grenue, et ne prennent point la forme de stalactites qu'ils affectionnent quand on se sert de membranes.

Cette théorie des courants électriques naturels nous paraît plus compréhensible et plus logique que celles qui ont été proposées, et même que celle que soutient M. d'Arsonval. Cette dernière est fondée sur la production d'électricité par une

déformation invisible et extrêmement rapide du protoplasma, phénomène qui serait analogue à celui qui se produit dans l'électromètre capillaire de Lippmann. M. d'Arsonval applique cette même théorie aux décharges des poissons électriques et aux phénomènes électriques des muscles et des nerfs ; mais, tout d'abord, nous lui ferons cette objection qui nous paraît capitale, c'est que ce n'est pas seulement pour les muscles et les nerfs qu'il faut donner une loi des courants électriques, mais bien pour tous les courants électriques d'origine animale et même végétale, et sa théorie n'est nullement possible pour le tissu osseux par exemple.

Quant à la *variation négative*, elle est bien compliquée dans toutes les théories qui se fondent uniquement sur les polarisations, tandis qu'elle est d'une simplicité réelle lorsqu'elle veut tenir compte de ce fait d'expérience, et qui est constant toujours et partout : c'est que le courant électrique est le résultat d'un état électrique différent entre deux points donnés ; — que le point le plus oxydé est négatif par rapport à l'autre et que plus la différence d'oxydation est grande, plus énergique est le courant ; — que, d'un autre côté, si le point non oxydé ou peu oxydé s'oxyde davantage, aussitôt le courant perd de sa force, et la variation peut même devenir négative. Rappelons-nous uniquement le cas suivant de la pile ordinaire : « Le métal le plus attaqué prend l'électricité négative » et d'un autre côté : « l'électricité dégagée est d'autant plus considérable que la différence des réactions chimiques sur les deux métaux sera elle-même plus considérable ». Ces lois sont immuables, et il suffit de les appliquer aux courants électriques des tissus pour avoir toujours l'explication des courants soit de repos, soit d'action. Dans le muscle en activité, toutes les parties arrivent à avoir la même oxydation ; à l'état de repos, le muscle est alcalin à l'intérieur, et neutre ou acide à la surface, et lorsqu'il est contracté, l'intérieur peu à peu devient acide et le courant aussitôt diminue d'intensité et finit par prendre une direction inverse.

D'ailleurs, ce n'est pas seulement la simplicité de notre explication, c'est sa généralité qui nous séduit et qui nous confirme dans son exactitude. Il n'y a ainsi aucune exception, et tous les faits viennent se grouper naturellement dans cette même loi.

Mais ce n'est pas uniquement pour la production des courants dans les tissus, que cette théorie intervient ; elle nous donne en même temps la clef des phénomènes intimes de la nutrition. Les phénomènes d'assimilation et de désassimilation, et même la plus ou moins grande rapidité de ces phénomènes, trouvent ainsi une explication toute nouvelle.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

OBSERVATION DE RHUMATISME AIGU CÉRÉBRAL TRAITÉ PAR LES BAINS TIÈDES ET L'HYDRATE DE CHLORAL A HAUTES DOSES. — GUÉRISON, par le docteur PEISSON.

Nous avons eu l'occasion d'observer sur deux malades de notre clientèle une des formes les plus rares, mais aussi la plus redoutable, du rhumatisme aigu : la forme cérébrale. On sait, en effet, que le pronostic en est extrêmement grave, puisque la mort en est l'issue ordinaire. De ces deux malades, l'un a succombé ; l'autre a survécu, mais tous deux nous ont laissé le souvenir de particularités cliniques intéressantes. Nous ne dirons que quelques mots du premier, dont nous ne signalerons que le fait saillant. C'est sur le conseil bienveillant de M. le professeur Vulpian que nous raconterons avec un peu plus de détails l'histoire clinique et thérapeutique du second.

Dans le premier cas, il s'est agi d'une femme d'environ 35 ans. Vers l'âge de 10 ans, elle avait eu une attaque légère de rhumatisme articulaire aigu. Pour le présent, l'attaque avait débuté par les genoux, s'était généralisée aux autres articulations avec le cortège des symptômes généraux habituels. Pendant trois semaines, il y eut des alternatives de mieux et de pire, d'ailleurs sans localisations viscérales et sans albumine dans les urines. Soudain survint une endo-péricardite contre laquelle furent vainement employés ventouses sèches ou scarifiées, et vésicatoires. Trois ou quatre jours après éclatèrent des phénomènes cérébraux. La température, qui oscillait vers 39o, était le lendemain soir à 41o ; puis, de 7 heures du soir à 11 heures, à 42° ; enfin à 43o,3 vers 2 h. du matin. Une demi-heure après la malade expirait. Tous ces phénomènes évoluèrent en dépit des spoliations sanguines et des bains répétés. Nous fûmes très frappés de cette hyperthermie excessive. Nous avions tout d'abord de la peine à y croire, mais le fait était évident. Notre thermomètre, souvent éprouvé, marque jusqu'à 45o, mais n'est gradué que jusqu'à 43°. Or, la colonne mercurielle dépassait d'au moins 3 dixièmes de degré le chiffre 43.

Trois mois après, une autre dame, qui occupait cet appartement, fut atteinte d'une péritonite aiguë suppurée et succomba. Malgré l'autopsie faite par M. Letulle, la cause ne put en être élucidée. L'appartement avait été peint et désinfecté au préalable. Faut-il ne voir là qu'une simple coïncidence ?

Notre second malade ne fut pas atteint aussi violemment. Nous n'en avions pas moins porté un pronostic très grave, qu'étaient venus confirmer mon jeune maître et ami le docteur Letulle, et M. le professeur Vulpian.

Notre malade a 33 ans, restaurateur ; il a eu précédemment des attaques légères de rhumatisme articulaire aigu. Il avoue avoir commis des excès alcooliques. Dans l'espace de deux ans, nous avons été appelé deux fois pour des accès de congestion cérébrale.

L'attaque présente de rhumatisme éclate le 19 juin. Les articulations des pieds et des mains sont prises. Malaise général, fièvre, langue saburrale, inappétence ; pouls 110.

Nous prescrivons d'abord un purgatif salin, et ensuite 4 gr. de salicylate de soude avec le régime lacté.

Le 20 juin. — Même état ; sueurs profuses. 5 gr. de salicylate de soude.

Le 21 juin. — Les douleurs se déclarent aux genoux. La fièvre augmente ; sueurs plus abondantes. Pouls 120.

Le 22 juin. — Légère dyspnée, poumons sains. Premiers symptômes d'endo-péricardite ; ventouses sèches.

Le 22 juin, à minuit. — La dyspnée est augmentée, l'endo-péricardite nettement accusée ; fièvre plus intense, pouls 120. Ventouses scarifiées sur la région précordiale. Le malade sent un mieux momentané.

Le 23 juin. — Etat général toujours grave. Pouls 120, température 39°,5. Un peu d'hypostase à la base des poumons, inappétence, nausées. Les douleurs articulaires se généralisent. Pas d'albumine dans les urines. Le salicylate de soude est suspendu.

Le 24 juin. — Même état.

Le 25 juin. — Etat général toujours sérieux ; le malade se plaint de la tête ; la température s'élève à 40°,5.

Le 26 juin. — Congestion cérébrale intense, céphalalgie aiguë, myosis extrême, nuit agitée, léger délire. D'accord avec M. le docteur Letulle, à qui nous avons demandé conseil, nous prescrivons huit sangsues sur les régions mastoïdiennes, un purgatif dras-

tique et des révulsifs sur les articulations. Celles-ci, bien que restées œdémateuses, n'étaient plus aussi douloureuses. La balnéation fut réservée pour le soir.

Le 26 juin au soir. — Pas de sédation. Au contraire, température 41°.

Nous prescrivons un bain à 28o. Après une heure de bain, la température descend à 39°. Le malade est plus calme, délire moins et se sent mieux.

Le 27 juin matin. — Nuit mauvaise. Céphalalgie excessive, subdélirium continu, face congestionnée. Température, 41°. Le malade ne se plaint plus des articulations qui restent gonflées, surtout aux pieds et aux mains. Nous prescrivons une potion fortement bromurée (4 gr.) et un bain.

Le 27 juin à une beure. — Le bain a duré deux heures. Pendant et après, le malade est plus calme, mais la température reste à 40o,7. Au moment où nous arrivons, l'effet du bain commence à s'éteindre. Nous en prescrivons un nouveau qui dure deux beures, comme celui du matin.

Le 27 juin au soir. — L'état reste très grave : subdélirium, hallucinations. Le malade ne recouvre le sentiment de sa personnalité que quand on l'interroge.

Le malade n'urine plus seul. Le cathétérisme est nécessaire pour remédier à la rétention d'urine.

Le malade est, en outre, constipé, et, chaque jour, il faut lui donner un lavement purgatif pour entretenir la liberté du ventre.

La température se maintient à 40°,7. M. le professeur Vulpian veut bien accepter une consultation. Sur son conseil, on continue les bains froids, la potion bromurée, et on ajoute l'hydrate de chloral à la dose de 8 grammes donnés de la manière suivante : 2 gr. à dix beures, après le bain ; 2 gr. à minuit, 2 gr. à trois heures du matin, 2 gr. à six heures du matin.

Le 28 juin au matin. — La nuit a été très pénible, un peu plus calme vers le matin. Les symptômes généraux persistent dans leur intensité ; la température est toujours à 40o,7. Nous prescrivons un nouveau bain qui dure une heure et demie.

Le 28 juin à midi. — Même état, température 40o,6. Nous prescrivons encore un bain, et, pour la nuit, 8 grammes de cbloral à doses plus espacées que la nuit précédente.

Le 29 juin. — Nous sommes appelés à six heures du matin. Le malade accuse une grande fatigue. Légère sédation dans les symptômes nerveux. La température est à 40°,5. Deux grammes d'antipyrine, avec la potion bromurée. Cathétérisme de la vessie encore nécessaire.

Le 29 juin au soir. — Même état que le matin. La température est à 40°,6. Un bain et 6 grammes de chloral à doses fractionnées.

Le 30 juin au matin. — Détente sensible. Céphalalgie moins vive, pupilles moins contractées, face moins congestionnée. Température, 39°,9.; antipyrine, 1,50.

Le 30 juin au soir. — Le malade paraît un peu plus agité. Température, 40°. Le malade demande à boire. 6 gr. de chloral.

Le 1er juillet. — Nuit agitée Le malade n'a pu supporter le bain que trois quarts d'heure, n'a pris que 3 gr. de chloral; se plaint des articulations des pieds et des mains, qu'il ne sentait plus depuis quelques jours; langue très saburrale.

Le 1er juillet, soir. — Le malade a eu une indigestion. A notre insu, on lui avait donné un œuf. Avec un peu de thé, tout se dissipe. Temp. 40°.

2 juillet. — Même état. Etat très saburral des voies digestives. Purgatif au sulfate de soude.

2 juillet, soir. — Amélioration sensible; le malade sort de son subdelirium ; se plaint des articulations. Temp. 39° 3.

Le malade urine de nouveau tout seul. Il prend beaucoup de lait.

3 juillet,	matin,	température	39° 5.
3	— soir,	—	38° 8.
4	— matin,	—	38° 8.
4	— soir,	—	38° 6.
5 juillet,	matin,	température	37° 7.
5	— soir,	—	37° 7.
7	—	—	37° 3.

Tous les symptômes morbides ont successivement disparu.

Le malade nous rappelle, quinze jours après, pour de nouvelles douleurs articulaires qui disparaissent avec un peu de salicylate de soude.

Il nous raconte qu'il est tout étonné d'apprendre la gravité de sa maladie, ne se souvient de rien, n'a point remarqué l'arrivée de sa mère, venue de province pour le soigner. Un jour, paraît-il, tous ceux qui l'assistaient paraissaient être des nègres. Nous avons appris, indirectement, qu'un rapport sexuel avait eu lieu dans la nuit du 25 au 26 juillet.

En résumé, c'est le sixième jour que le rhumatisme aigu atteint l'endo-péricarde ; le huitième, qu'il prend la forme cérébrale. Pendant huit jours, l'etat se maintient très grave ; puis enfin survient une défervescence qui dure une semaine.

Chez ces deux malades, l'affection a suivi une marche parallèle : elle a frappé d'abord les articulations, puis l'endo-péricarde, le cerveau enfin. Mais, chez la première, les phénomènes évoluant avec une intensité et une rapidité terribles, amènent rapidement la mort ; chez le second, ils finissent par s'amoindrir et disparaître. Nous aimons à croire que cette guérison est due à la balnéation répétée et à l'hydrate de chloral, donné à hautes doses. Le premier moyen est un moyen classique ; le second, relativement nouveau et peu connu en pareille occurrence, est préconisé par M. le professeur Vulpian, qui l'a vu réussir chez quelques malades rhumatisants cérébraux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

CHIRURGIE DU POUMON. — UEBER LUNGENCHIRURGIE. — Vortrag gehalten heim Zweiten Congresse f. c. med. zu Wiesbaden, 1883, par F. MOSLER.

Le principe de la médecine moderne est de localiser les lésions; — le progrès consiste donc surtout dans l'acquisition d'une thérapeutique locale. D'autre part, grâce à la méthode antiseptique, nous pouvons localiser hien mieux qu'auparavant, étant donné qu'une ponction, voire même une incision exploratrice, sont maintenant indiquées dans les cas où le diagnostic est douteux.

Les chirurgies nouvelles du rein, du foie, de l'estomac, de l'intestin, en constituent autant d'exemples.

Dès 1830, Guérin recommandait de traiter les phtisiques par l'application de pointes de feu sur la peau, au niveau des zones malades. Cette méthode, dernièrement modifiée par Vidal, lui a donné 37 fois sur 44 de hons résultats. Au commencement, la guérison serait possible, et, plus tard, la marche de l'affection pourrait être retardée. Mosler a employé cette méthode chez 20 de ses malades et a obtenu une amélioration; mais, une guérison, il ne saurait l'affirmer. C'est du reste sur l'*ouverture* des cavernes pulmonaires que l'auteur se propose d'insister.

Les injections parenchymateuses ont été employées par Guillaume Koch, qui injectait à des chiens et à des cobayes des solutions plus ou moins concentrées d'iodure de potassium. Fraenkel et Jablovowski leur attribuent la production d'une zone marginale cicatricielle de honne nature autour de l'ulcération. Mais les résultats, qui paraissaient hons chez les

animaux, ne furent point les mêmes chez l'homme, et jusqu'à présent, après une expérience de dix ans Mosler peut affirmer que dans aucun cas il n'a obtenu la formation de cette zone cicatricielle. Dans un cas de bronchite chronique fétide, il est bien arrivé à modifier la fétidité des crachats, mais sans abréger la maladie; dans une gangrène pulmonaire aiguë, il n'obtint aucun résultat. La ponction évacuatrice, suivie d'une injection iodée même, ni à Pepper, ni à lui, n'a fourni de succès.

Il revint alors à l'idée de l'ouverture des cavernes. Fenger et Hollister furent les premiers à appeler l'attention sur ce point et à demander de nouvelles recherches, et le 14 janvier 1875, avec son ami Hüber, Mosler pratiqua l'opération. Un drain fut placé dans la caverne d'un phthisique: le malade supporta très bien les injections qui lui furent faites; peu à peu même le tube fut repoussé hors de la plaie par les bourgeons qui se formèrent, et le patient put quitter la clinique guéri, reprendre même ses occupations. Huit mois plus tard, il est vrai, il revenait à la clinique, et y mourait le 25 mars 1876. L'autopsie fit reconnaître une tuberculose généralisée avec dégénérescence amyloïde des différents organes. Il est juste de dire que toutes les cavernes tuberculeuses ou compliquées de tuberculose doivent être considérées comme de véritables *noli me tangere* aussi longtemps qu'on n'aura pas trouvé un moyen antiseptique certain contre le bacille.

Mais, à côté des cavernes de la tuberculose, il en est d'autres, celles qui sont la suite d'un kyste hydatique, par exemple, et l'auteur a observé un cas de guérison de ces kystes après ouverture et lavages. Fenger a dernièrement obtenu un succès en incisant un abcès fétide du lobe moyen du poumon et en enlevant la membrane hydatique qui en tretenait la suppuration. Alors que Mosler était assistant à la clinique de Vernher, il vit un homme qui, ayant avalé une dent qu'on venait de lui arracher, eut une pneumonie dont il mourut. N'y aurait-il pas lieu maintenant d'intervenir et de tenter l'ablation du corps étranger?

Dans la gangrène pulmonaire aiguë et même dans la forme chronique, n'y aurait-il pas lieu d'inciser? C'est du reste ce qu'il a pensé; c'est ce qui l'a amené à opérer chez un jeune homme de 14 ans. Le malade mourut, mais l'autopsie démontra que l'opération avait rempli son but. C'était un véritable succès opératoire. Eduard Bull (de Christiania) a du reste guéri d'une caverne gangréneuse une fille de 23 ans.

La technique opératoire a besoin d'être fixée et ne peut être établie que grâce à une expérience considérable. Néanmoins, Mosler se croit autorisé dès à présent à dire qu'à côté de l'incision et de la pince coupante, le thermocautère et les injections salicylées ont donné de bons résultats. La résection du poumon, au contraire, est une opération impraticable chez l'homme.

PAUL BERTHOD.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Patologie mentale

MANUAL DAS DOENÇAS MENTAES, por JULIO DE MATTOS, medico-adjuncto do hospital d'alienados do Conde de Ferreira. — (Porto. Livraria central, 1885).

Si les différents pays de l'Europe ont contribué pour la plupart aux progrès réalisés depuis un siècle dans l'étude des maladies mentales, il n'en est pas de même de certains autres, comme le Portugal, où l'enseignement de la psychiatrie est resté fort en arrière et où l'initiative scientifique a fait à peu près complètement défaut, à ce point qu'il n'y existe pas d'ouvrage spécial susceptible de servir à l'instruction des élèves et des praticiens.

C'est cette lacune que le docteur Julio de Mattos a voulu combler, en condensant dans un manuel tous les éléments de cette branche de la science sous une forme facilement accessible à tous. Plein de modestie, l'auteur expose, dans sa préface, qu'il ne s'est jamais fait illusion sur l'exiguïté des moyens dont il disposait pour un travail de cette difficulté; il a pensé, néanmoins, qu'une étude théorique de plusieurs années, fertilisée ultérieurement par la pratique quotidienne et exclusive des aliénés dans un hôpital populeux, lui assurait, pour le moins, l'avantage de pouvoir condenser d'une façon consciencieuse et appropriée aux nécessités de son pays, les œuvres des grands maîtres étrangers.

Nous sommes heureux de constater que parmi ces maîtres étrangers les auteurs français occupent dans le livre du docteur de Mattos la première place et que c'est à nos ouvrages les plus récents, notamment à celui de M. le professeur Ball, qu'il a fait les plus fréquents et les plus larges emprunts. Nous devons faire remarquer toutefois que notre confrère portugais a dépassé les limites de la modestie en s'attribuant uniquement le rôle de simple traducteur ou metteur au point, et que, dans son ouvrage, bon nombre d'idées et de considérations scientifiques lui appartiennent en propre.

Ce manuel se divise en trois parties distinctes, quoique solidaires: une *pathologie générale*, où sont étudiés les éléments morbides communs à toutes les affections mentales; une *pathologie spéciale*, où sont décrites les diverses formes nosologiques de folie, d'après la classification étiologico-symptomatique la plus complète (celle de M. Ball); enfin, une *médecine légale*, où sont examinés tous les cas possibles d'intervention du médecin dans les questions d'aliénation mentale.

Dans cette dernière partie, l'auteur a jugé opportun d'exposer les articles tout à fait insuffisants de la loi portugaise sur les aliénés, en même temps que les dispositions adoptées dans les autres pays sur la même matière, afin que le lecteur pût mesurer toute l'énorme distance qui sépare les Portugais d'un système régulier de protection vis-à-vis des gens atteints de folie.

Comme on le voit, d'après ces quelques indications, l'ouvrage du docteur de Mattos est des plus complets, et il constitue bien plutôt un véritable traité élémentaire qu'un simple manuel des maladies mentales. Il n'est pas douteux qu'il comblera largement la lacune qui existait dans la littérature portugaise au point de vue de la psychiatrie, et qu'il aura pour résultat de répandre de plus en plus, parmi les jeunes médecins du pays, le goût de l'étude de cette branche si intéressante de la médecine.

DE L'ALIÉNATION MENTALE COMME COMPLICATION IMMÉDIATE OU TARDIVE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le docteur J.-C. PRUVOST. — (Thèse de Paris, 1884).

Cette thèse, qui ne contient pas, à proprement parler, de fait nouveau, et qui se borne à mettre en relief certaines particularités déjà connues des rapports de la fièvre typhoïde avec

l'aliénation mentale, se résume dans les conclusions suivantes :

1° L'aliénation mentale s'observe quelquefois comme complication immédiate ou éloignée de la fièvre typhoïde, daus les cas légers comme dans les cas les plus graves ;

2° Toutes les formes de délire vésanique ont pu être observées par les auteurs ;

3° De l'avis de la plupart, la forme la plus fréquente est la forme stupide ;

4° Le pronostic est le plus souvent favorable ; on voit, dans un certain nombre de cas, la maladie passer à l'état chronique et devenir incurable ;

5° Le plus grand nombre des malades guérit sous l'inflnence d'une bonne hygiène et d'un régime tonique.

Essai sur les modifications a apporter a la loi de 1838 a l'égard des aliénés criminels, par M. le docteur Charles Lemonnier. — (Thèse de Paris, 1884.)

Il n'est pas de question, en aliénation mentale, qui nécessite une plus grande somme d'expérience et une plus longue pratique que la qnestion de la législation. Aussi est-ce à nos maîtres et aux seuls vétérans de la profession qu'il appartient de discuter les lois existantes et de formuler les nouvelles dispositions à insérer dans les projets en voie d'élaboration. Quant aux élèves désireux d'aborder un terrain anssi délicat, ils ne peuvent le faire efficacement que du côté clinique, c'est-à-dire en rapportant des faits et des exemples bien choisis, laissant aux maîtres le soin d'en tirer au point de vue législatif les conséquences nécessaires.

M. Lemonnier, après un exposé historique de certaines législations criminelles relatives aux aliénés, rapporte longuement trois cas de médecine légale empruntés à la pratique de MM. Cortyl et Delaporte, ses maîtres, et termine par quelques considérations qui l'amènent à se rallier à l'idée de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels, avec une procédure spéciale pour l'entrée et la sortie des malades auxqnels ils seraient destinés. Ce vœu est tout au long formulé, comme on le sait, dans le projet de loi actuellement soumis aux ponvoirs législatifs.

De l'aliénation mentale chez les vieillards, par le docteur F.-A. Goudal. — (Thèse de Paris, 1884.)

L'auteur, sous l'inspiration de son maître, M. Ritti, a fait choix d'un intéressant sujet de thèse, dont il a divisé l'étude d'une façon méthodique et parfaitement claire. Après avoir retracé en qnelques pages le tableau de la démence sénile simple ou non délirante, la forme d'aliénation mentale la plus fréquente chez les vieillards, il passe successivement en revue toutes celles qu'on peut observer plus ou moins fréquemment chez lui, depuis les folies généralisées, telles que la manie et la lypémanie, jusqu'aux folies partielles et à la paralysie générale. Quelques exemples, soit personnels, soit empruntés aux auteurs, aident à la démonstration. Çà et là on trouve dans ce travail quelques observations intéressantes et originales. Ainsi, M. Goudal fait remarquer avec raison que si, dans la plupart des cas, les accès aigus de manie et de lypémanie ont tendance à se terminer d'une façon fatale chez les vieillards, en revanche, dans certains autres, on voit la guérison survenir avec une promptitude et une facilité surprenante. Esquirol et Marcé ont cité des faits de ce genre, et j'ai en plusieurs fois également, pour ma part, l'occasion de constater cette particularité, de prime abord assez curieuse.

Relativement au délire de perséention, l'auteur fait également observer, avec beaucoup de justesse, qu'il est très rare de le voir se systématiser complètement chez le vieillard, et que, le plus souvent, on observe chez lui des idées de persécution plus ou moins absurdes et plus ou moins incohérentes, et non le véritable délire de persécution. Il ajoute qne, dans bon nombre de cas, le malade met fin à une existence qui lui paraît insupportable, bien différent en cela des véritables persécutés, qui tentent au moins de se débarrasser de leurs ennemis.

Enfin, à propos de la paralysie générale, M. Gondal montre que, chez les vieillards, cette affection offre quelques caractères spéciaux. Ainsi, les malades ne présentent pas l'aspect pléthorique des autres ; ils sont maigres et chétifs, et sonvent on entend à la base du cœur un bruit de souffle d'origine aortique. De plus, à l'autopsie, les adhérences entre la pie-mère et la substance corticale sont peu nombreuses, et la lésion principale paraît être l'athérome de tout le système artériel. Ce sont là, je crois, des observations fort justes, et j'ai eu, ponr ma part, plusieurs fois occasion de constater ce fait, qui m'a frappé, de l'existence de lésions organiques dn cœur et particulièrement de l'orifice aortique chez des vieillards atteints de paralysie générale.

Le seul reproche qn'on puisse faire à la thèse de M. Goudal, c'est d'être trop courte et de se borner, pour chaque forme d'aliénation mentale observée chez les vieillards, à quelques réflexions pour ainsi dire aphoristiques et à quelques rares exemples, alors que plusieurs d'entre elles, comme le délire de persécution et la paralysie générale, par exemple, comporteraient à elles seules, en raison de leur physionomie spéciale et de l'intérêt qu'elles présentent, de sérieux et longs développements.

Dr E. Régis.

(A suivre.)

Statistique de la ville de Nancy.

Le relevé statistique annuel de la ville de Nancy pour 1884 a été fait par M. le docteur Sogniès, directeur du hureau d'hygiène de cette ville, dont la population s'élève, garnison non comprise, en chiffre de 73,209, soit 34,509 hommes et 38,700 femmes.

Il est né 1,872 enfants dont 1,511 légitimes (746 garçons et 765 filles) et 361 illégitimes (192 garçons et 169 filles). Il y a eu 20 accouchements donbles (4 fois 2 garçons, 7 fois 2 filles, 9 fois garçon et fille). Il y a eu 617 mariages, dont 525 entre célibataires, 36 entre garçons et veuves, 44 entre veufs et filles, 12 entre veufs et veuves ; 1 homme et 11 femmes n'ont pas su signer.

Cinq divorces ont été prononcés ; 65 enfants ont été légitimés par le mariage.

Le chiffre des décès a été de 1,840 (928 hommes, 912 femmes), plus 107 morts-nés (61 garçons, 46 filles), soit une mortalité de 25,15 sur 1,000.

La fièvre typhoïde a causé 59 décès, dont 5 de 1 à 15 ans, 28 de 15 à 25 ans, 3 de 60 et au-dessus ; —1 décès de variole, 11 de rongeole, 7 de scarlatine, 19 de diphthérie, 3 de coquelnche, 289 de tuberculose pulmonaire (mortalité de 3,9 sur 1,000 habitants), 141 d'entérite, diarrhée ou cholérine (dont 126 de 0 à 2 ans et 2 de 2 à 5 ans).

Sur les 107 morts-nés, il y en avait 74 légitimes et 33 illégitimes.

Il est regrettable que, pour la mort par maladies intestinales des petits enfants, la nature de la nourriture et l'origine légitime ou illégitime n'aient pas été indiquées.

La mortalité par la fièvre typhoïde qui, comme on l'a vu, a été de 59 décès en 1884, avait été de 67 en 1883, de 160 en 1882, de 63 en 1881, de 101 en 1880, de 103 en 1879, de 36 en 1878, de 68 en 1877, sans que les causes de ces différences soient indiquées, ni même les causes de la maladie. Le rapport est également muet sur les travaux du bureau d'hygiène.

Un tableau graphique, que nous ne pouvons qu'indiquer, montre les corrélations constatées entre le nombre des décès et les principales circonstances météorologiques de chaque jour.

Dr DELVAILLE.

REVUE DES THÈSES

DE L'APPAREIL URINAIRE DES VIEILLARDS, par le docteur EMILE LAUNOIS, ancien interne des hôpitaux.

De nombreux travaux ont été publiés pendant ces dernières années sur l'anatomie pathologique du rein sénile; et l'hypertrophie de la prostate a, elle aussi, donné lieu à de longues et importantes monographies. Mais un travail d'ensemble sur l'appareil urinaire des vieillards était à faire. C'est la tâche qu'a entreprise M. Launois en prenant ce sujet pour sa thèse inaugurale, et dont il s'est acquitté de la manière la plus heureuse. Nous n'en ferons pas une analyse détaillée, mais nous ne pouvons passer sous silence certains points de l'anatomie pathologique. Dans un premier chapitre, il décrit les altérations du rein sénile : celui-ci est le siège d'une sclérose qui a pour point de départ un processus irritatif chronique atteignant d'abord le système vasculaire et s'étendant au parenchyme de l'organe. Les bassinets sont perdus au milieu d'un tissu cellulo-graisseux abondant; ses parois sont épaissies, augmentation due à la prédominance du tissu cellulaire qui se retrouve dans les parois de l'uretère, dont les vaisseaux capillaires présentent les lésions séniles de l'artérite.

Les parois de la vessie sont épaissies et souvent sont occupées par des colonnes charnues et des lacunes dont la description est classique. Cette hypertrophie paraît à la coupe être du fait du système musculaire; mais il s'agit là d'une fausse hypertrophie, car les faisceaux de fibres musculaires sont séparés par des amas de tissu conjonctif qui ont une tendance à les envahir et à les étouffer. Dans toutes les coupes examinées, les artérioles de la vessie ont présenté les lésions de l'endo-périartérite; quant aux veines, elles sont volumineuses, s'anastomosent fréquemment et donnent l'idée d'un tissu caverneux.

La prostate est l'objet d'études qui comportent un long développement. M. Launois en donne une description aux différents âges, en suit l'évolution et montre que chez le vieillard elle subit une sorte de lobulation à laquelle serait due l'hypertrophie. Il existe autour de la glande une capsule fibreuse circulaire avec de nombreux prolongements ramifiés à l'intérieur; ces prolongements séparent les culs-de-sac des glandes prostatiques et forment des travées interveineuses. L'hypertrophie de la glande est due au développement exagéré de ce tissu fibreux. Ces petites masses sont donc composées d'une partie centrale formée par les éléments glandulaires plus ou moins tassés et une couche corticale parfois très épaisse et tellement développée qu'elle envahit la petite masse tout entière, justifiant ainsi le nom de *fibrômes glandulaires* que leur donne M. Lannois. Quant aux lésions des vaisseaux, les artérioles ont toujours présenté des lésions d'inflammation scléreuse; les veines forment de riches plexus largement anastomosés.

En considérant dans son ensemble les lésions de l'appareil urinaire des vieillards et surtout des prostatiques, on voit que la sclérose, et plus particulièrement l'athérome artériel, s'observe dans toute son étendue, du rein à la prostate. C'est là, pour M. Launois, la lésion nécessaire et primordiale. En effet, on remarque que la plupart des prostatiques présentent dans d'autres organes des signes ordinaires de l'athérome; que leurs artères superficielles sont dures et moniliformes; que le cœur, souvent hypertrophié, est le siège de dédoublements ou d'un bruit de souffle. Aussi ne doit-on pas considérer l'hypertrophie de la prostate comme une affection locale, mais savoir que, lorsqu'elle s'hypertrophie, la vessie, les uretères, les reins, sont, sans doute atteints en même temps; les lésions de ces derniers organes peuvent même être primitives.

Ce développement exagéré du système veineux est une autre disposition anatomique constante des parois vésicales et de la prostate, qui rend compte des symptômes et des accidents ordinaires de l'hypertrophie prostatique, qui presque tous sont d'ordre congestif. Cette considération amène M. Launois à tracer une étude clinique des prostatiques, résumé des leçons qu'a faites M. Guyon sur ce sujet. A propos du traitement, il examine rapidement la question de l'ablation d'un lobe de la glande; il faut s'être assuré par un examen attentif et par le cathétérisme de la saillie intra-vésicale et, en présence d'accidents graves, on pourra être autorisé à intervenir. En ce cas, la voie hypogastrique paraît préférable à la boutonnière périnéale.

Nous n'avons pu, dans cet exposé, que faire connaître cette conception nouvelle de l'hypertrophie de la prostate, qui fait le sujet de la thèse de M. Launois. Nous renvoyons le lecteur à ce consciencieux et intéressant travail, où il trouvera traité, avec le plus grand soin, tout le côté clinique de la question dont nous ne pouvons nous occuper ici.

Dr E. DESNOS.

NOTES & INFORMATIONS

DE LA TRANSFUSION DU SANG. — M. le professeur Duplay a consacré, dans son cours de medecine opératoire, deux leçons à la transfusion du sang. C'est la première fois que cette opération est enseignée à la Faculté. La première séance a été consacrée à l'historique de la question et aux méthodes employées à l'étranger. Sang d'animal, sang défibriné, sérum artificiel, injections dans la cavité péritonéale, injections de sang dans le tissu cellulaire et autres procédés qui ne peuvent en rien rivaliser avec la réelle transfusion.

Dans la leçon suivante, le professeur a présenté les divers appareils connus en France : celui de Collin, composé d'une pompe de verre surmontée d'un entonnoir et d'un réservoir de métal contenant des boules d'aluminium pour soupapes. L'appareil de Dieulafoy, composé d'une pompe de verre avec réservoir pour retenir l'air et deux tubes à trocart.

Ces deux instruments sont également défectueux, parce qu'ils sonmettent le sang au contact de l'air et de ses microbes, et aussi au contact du verre et du métal qui l'altèrent et le coagulent. Ces appareils n'ont jamais pu donner de bons résultats, et si du sang a été transfusé ainsi, les phénomènes graves qui ont suivi l'opération ont prouvé que le sang avait été altéré dans son transport. M. Guérin a proposé la communauté des sangs par deux canules réunissant le bout supérieur de l'artère de Paul au bout inférieur de l'artère de Pierre et réciproquement; mais, si Paul malade peut profiter du sang de Pierre bien portant, celui-ci ne pourrait que perdre à recevoir le sang du malade.

Il est cependant un appareil qui permet d'accomplir des transfusions parfaites, et que l'on doit employer dans les cas d'hémorrhagies mortelles et d'anémie grave, cas dans lesquels l'opération a donné près de 70 pour cent de succès. C'est l'instrument de Roussel inventé en 1865 : il est construit en caoutchouc pur élastique ou durci, substance qui conserve bien la chaleur et transporte le sang sans l'altérer.

Il est composé d'une ventouse annulaire qui se fixe sur le bras du donneur de sang et contient une lancette qui ouvre la veine sous une couche d'eau. Par un tube aspirateur, l'instrument est entièrement rempli d'eau antiseptique bouillie et ramenée à 40° et chargée de un pour cent de soude, qui chasse l'air intérieur. La canule terminale est introduite pleine d'eau dans la veine de l'opéré, qui a été préparée et ouverte à l'avance; puis on frappe sur la tête de la lancette pour ouvrir la veine. L'air intérieur, l'eau, puis le sang mélangé d'eau, sortent par une bifurcation d'issue placée près de la canule. Quand le sang apparaît pur, on ferme la bifurcation, et le sang passe d'une veine dans l'autre, sans avoir été exposé à l'air et sans subir de causes d'altérations.

La lancette est bifurquée en deux triangles pointus, tranchants en dedans; elle descend à cheval sur la veine et incise la paroi supérieure et les parois latérales sans pouvoir toucher la paroi postérieure. La saignée pratiquée par cette lancette, et la perte de sang nécessaire à une transfusion, sont parfaitement inoffensives. Pour le prouver, le professeur présente un homme qui a déjà donné six fois son sang pour des transfusions et auquel plusieure mourants doivent la vie. Cet homme dévoué, qui est demeuré en parfaite santé, consent encore à être saigné séance tenante pour l'enseignement de l'opération.

Le professeur place la bande à saignée sur le bras de M. Guislin Dupinch, et montre les cicatrices des six saignées précédentes; la ventouse fixe son cylindre sur la veine, et la lancette est adaptée; l'eau chaude remplit l'appareil. La saignée est prudemment pratiquée en deux temps, et l'on voit jaillir de la canule un sang pur qui fournirait une parfaite transfusion s'il y avait là un malade à sauver. Puis le bras est bandé; l'appareil lavé et démonté dans une cuvette montre qu'aucun caillot ne s'est formé dans le canal parcouru par le sang, preuve concluante que le sang qui vient de le traverser est demeuré complet et inaltéré.

— Décentralisalion universitaire. — En France, la tendance vers une décentralisation universitaire vient de s'affirmer par un récent décret qui, sur l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et la proposition du ministre de ce département, a étendu les attributions du Conseil général des facultés institué par le décret du 25 juillet 1885 au chef-lieu de chaque Académie. Ces attributions, d'ordre pédagogique, financier, administratif et disciplinaire, comprennent toutes celles qui, d'après les propres termes de M. le ministre « sont compatibles à la fois avec les lois existantes et avec l'individualité de chaque Faculté prise à part. De la sorte, ajoute-t-il, le Conseil général des Facultés sera vraiment l'organe commun des facultés d'un même centre académique et l'analogue du Sénat académique des Universités étrangères. »

Il est peu probable qu'on revienne jamais en France au système des Universités isolées, indépendantes, comme cela existe à l'étranger. Mais, entre la centralisation absolue telle que nous l'avons depuis le commencement du siècle, et l'autonomie complète des centres universitaires, il y a place pour une organisation laissant à ces centres universitaires un degré plus ou moins élevé d'indépendance et d'initiative éminemment propre à accroître leur vitalité et à rendre ainsi plus féconds les services qu'ils peuvent rendre à la science, aux élèves, aux savants. Le décret dont nous venons de parler constitue un premier pas vers une semblable organisation. L'expérience montrera s'il faut aller plus loin dans cette voie, et cela dépendra beaucoup de la manière dont les Facultés et les Conseils élus qui marcheront à leur tête sauront tirer profit de ce premier essai.

— Association générale des médecins de France. — Election du président. — Les fonctions de M. Henri Roger, comme président de l'Association générale des médecins de France, expirant le 20 mars prochain, une circulaire vient d'être adressée, au nom du Conseil général, à tous les présidents et secrétaires des Sociétés locales, pour que ces Sociétés soient réunies en séance spéciale, le jeudi 18 mars, à l'effet d'élire le président. Le dépouillement des votes sera fait par les soins d'une Commission spéciale que le Conseil général a nommée dans sa dernière séance et qui se compose de MM. Bergeron, Boutin et Martineau.

D'après l'article 10 des statuts, le président sortant est rééligible.

Les Sociétés locales pourront profiter de cette séance extraordinaire pour examiner deux rapports qui leur seront communiqués d'ici là et qui doivent être lus dans la prochaine assemblée générale de l'Association, l'un sur le projet de création d'un ordre des médecins, l'autre sur la question des déclarations de décès dans ses rapports avec le secret médical.

— Monument a Bretonneau, Velpeau et Trousseau. — La Société locale de médecine d'Indre-et-Loire a décidé, dans sa dernière assemblée générale, d'ouvrir une souscription en vue d'élever à Tours un monument à Bretonneau, Velpeau et Trousseau.

Elle a pensé « que toutes les Sociétés savantes de France, que toutes les Facultés et Ecoles de médecine, que toutes les Sociétés locales agrégées à l'Association générale, que tous les anciens élèves de ces illustres maîtres tiendraient à honneur de participer à ce juste tribut offert à la mémoire de savants glorieux qui n'ont pas seulement honoré leur pays natal, la Touraine, mais encore porté au loin le renom de la médecine française. »

Un Comité de souscription composé d'anciens élèves de Bretonneau, Velpeau et Trousseau a été constitué à Paris pour faire œuvre de propagande.

Ce Comité est ainsi composé :

MM. Petér, président; Blondean, Bonchard, Damaschino, Desprès; Dieulafoy, secrétaire; Dumontpallier, Gnyon, Ed. Labbé, Martinean, E. Moynier, Vidal.

Les souscripteurs sont priés d'envoyer leur cotisation à l'un dee membres dn Comité, qui se chargera de la transmettre au Comité de Tours, représenté par M. le professeur L. Thomas, à Tours.

— Monument a Henri Bouley. — De son côté, la Société de médecine vétérinaire de Bordeanx a pris l'initiative d'une souscription pour élever, à l'Ecole d'Alfort, un monnmeut à la mémoire d'Henri Bouley. Appel est fait, uou seulement à toutes les Ecoles et âu corps de médecine vétérinaire de la France et de l'étranger, mais à toutes lee Sociétés scientifiques et aux savants qni ont pu jnger des importants services reudns à la scieuce par le regretté inspecteur géuéral des Ecoles de médecine vétérinaire.

— Admission des malades dans les hôpitaux. — Bureau central. — On sait combien les conditions actuelles d'admission dans les hôpitaux exposent les malades à de longs parcours et à des courses parfois funestes d'nn hôpital où on ue les a pas reçus au Bureau central, et de ce bureau à uu autre hôpital, voire même à celui où ils ont été refusés le matiu. M. Peyrou, directeur de l'Assistance publique, vient de preudre des mesures pour attéuuer, dans la mesure du possible, cet état de choses. Désormais, les chefs de service consultants recevront jusqu'à concurreuce du nombre de lits vacants dans l'hôpital lee malades qui se présenteront à la consultatiou et dont l'admission leur paraîtra nécessaire. Si ce nombre de lits vacants est inférieur à celui des malades à admettre, ceux de ces malades qui u'auront pu trouver de place seront dirigés, sans passer par le Bureau central pour lequel les bulletins d'envoi sont supprimés, vers l'un des hôpitaux les plns voisins qni auront des lits vacants. Les communications télégraphiques qui relient toue les hôpitaux à l'administration ceutrale permettent d'assurer ces placements avec une graude rapidité.

Cette mesure entraîne une modificatiou dans l'organisatiou du Bureau central qui sera spécialemeut consacré au service des consultations, avec délivrance de médicameuts, et qui sera prochainement installé dans le nouvel Hôtel-Dieu. Il y aura tous les jours des consultations de médecine de midi à quatre heures, et des consultations de chirurgie de une heure à trois henres. Quatre médecins et trois chirurgiens se partageront ce donble service, y compris celui des baudages.

— Une grève d'étudiants. — Les étudiants en médecine de l'Université de Bruxelles se sont mis depuis quelque temps eu grève, et il paraîtrait que leur rentrée n'est pas près de se faire. Ils ont pris fait et canse pour leurs professeurs de clinique que l'administration des hospices a simplement renvoyés pour leur substituer des hommee de son choix. Ce conflit eutre l'administratiou dee hospices et le corps enseignaut est des plus regrettables à tous les pointe de vue.

« L'Université de Bruxelles, nous écrit un honorable correspondant de cette ville, est un établissement libre dans lequel l'Etat u'a rien à voir. Ce qui se passe actuellement prouve que cet enseignement absolument libre est impossible et que la tutelle de l'Etat est absolument nécessaire à l'enseignemeut supérieur, non pour le régeuter, mais le soutenir coutre les prétentions d'administrations incompétentes, guidées uniquement par des visées personnellee et par le désir de prouver leur autorité et leur omnipoteuce. »

Nons reproduisons ce passage pour montrer l'état des esprits chez uos voisins de Belgique.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Guillemaut (de Louhans).

***

Faculté de médecine de Paris. — Prix et récompenses. — La Faculté n'a pas décerué, pour l'année scolaire 1884-1885, le prix Montyon, mais elle a accordé une récompense de 350 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur Séjournet, de Révin (Ardennes), pour sou ouvrage intitulé : « De la congestion pulmonaire active et principalement de la fluxiou de poitrine comparée à la pneumonie franche. »

Le prix Barbier n'est pas décerné cette année, et sa valeur, soit une somme de 2,000 francs, est attribuée, conformément aux dispositions testamentaires, à la bibliothèque de la Faculté, pour achat de livres.

Le prix Corvisart n'est pas décerné, aucuu candidat ne s'étant présenté. La question mise au concours pour l'année scolaire 1885-1886 est : « Causes de la mort dans les maladies infectieuses. »

La Faculté a décerné les récompenses suivantes aux docteurs en médecine dont les noms suivent pour les thèses soutenues pendant l'année scolaire 1884-1885 :

Médailles d'argent. — MM. Bruneau, Charrin, Doyen (Louis), Lejard, Pichon, Pignot, Real-y-Beiro, Tissier, Walter, Wassermann.

Médailles de bronze. — MM. Babinski, Bermouts, Bernard (Antoine), Bonnaire, Bougier, Chevy, Darier, Doyen, Fournel, Gautrez, Gervais, Hulin, Jurenville, de Molénes-Mahon, Richardy, Rouillard, Suchard, Tapie, Valude, Viron.

Mentions honorables. — MM. Arduin, Artaud, Barbulée dit Bulot, Bernard (Léon), Bonfils, Chpolianski, Cohen, Collin, Cormack, Delon, Deschamps, Duchesne, Durand, Duriau, Fradet, Fouchard, Gosset-Deslonchamps, Hollenfeltz, Inglessis, Jean, Lainey, Lebreton, Ménard, Mounet, Montagne, Œttinger, Pedrono, Pérochaud, Peugniez, Prieur, Ricard, Rifat, Rigolot, Sapelier, Secretan, Sené, Tuffier.

— M. le docteur Borel est chargé, pendant la durée du congé de M. Mergier, des fouctions de préparateur des travaux pratiques de physique.

***

Concours de l'agrégation. — A la suite de la seconde épreuve, le jury a décidé que seuls seraient admis à subir la troisième épreuve (leçou orale après vingt-quatre heures de préparation), les vingt et un candidats dont les noms suivent :

Ce sont, classés dans l'ordre dans lequel ils devront subir cette épreuve : MM. les docteurs Lemoine, Letulle, Barth, Déjérine, Gaucher, Brousse, Sardat, Weill, Lobert, Ballet, Brissaud, Chuffard, Chauffard, Grenier, Simon, Dubreuilh, Lannois, Moussous Parizot, Boinet et de Beurmann.

***

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Moynier, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

École de médecine de Clermont. — M. le docteur Bousquet est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et obstétricales.

École de médecine de Dijon. — M. le docteur Deroye est maintenu dans les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, jusqu'à la fin du concours ouvert pour pourvoir à cet emploi.

École de médecine de Poitiers. — M. Chédevergne, professeur de clinique externe, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

École de médecine de Rennes. — M. Deschamps, licencié ès sciences physiques, est chargé du cours de physique.

École de médecine de Rouen. — M. Dumont, agrégé des sciences naturelles, est délégué dans les fonctions de suppléant d'histoire naturelle.

École de médecine de Toulouse. — M. Lamic, pharmacien supérieur de première classe, chargé du cours d'histoire naturelle médicale, est nommé professeur d'histoire naturelle médicale.

***

Hôpitaux et hospices de Paris. — Par suite de la démission de M. Vulpian, les changements suivants ont eu lieu dans les hôpitaux et hospices de Paris :

M. Mesnet passe de Saint-Antoine à l'Hôtel-Dieu ; M. Troisier, de Tenon à Saint-Antoine ; M. Cuffer, de Bicêtre à Tenon, et M. Moizard, du Bureau central à Bicêtre.

— Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé le mardi 12 janvier 1886.

Ont été nommés :

1° *Internes titulaires*. — 1. MM. Vignard, Nicolle, Vignalon, Jacquinot, Hudelo, Springer, Drouet, Chevalier, Léon, Dauhigny.

11. Regnault, De Fleury, Legueu, Jondeau, Legry, Mouls, Cazals, Coffin, Tissier, Jonnesos.

21. Rollin, Prioleau, Rehoul, Wickham, Janet, Thierry (Paul), Grandhomme, Parmentier, Gautier (Henri), Deroche.

31. Pinel-Maisonneuve, Temoin, Cousin, Caussade, Bouisson, Delagénière, Bruhl, Legrand, Baudouin, Mantel.

41. Maurin, Laskine.

2° *Internes provisoires*. — 1. MM. Lyon, Isch-Wall, Conzette, Hautecœur, Thouvenet, Pallier, Despaigne, Iscovescou, Cohen, Sardou.

11. M. Mathieu-Sicaud, Mlle Klumpke, MM. Bataille, Boulay, de Grandmaison, Dupré, Reblaud, Pfender, Bellanger, Le Noir.

21. Dagron, Mauny, Bourges, Roussan, Melchior-Robert, Macry, Gommier, Sollier, Charier, Thierry.

31. Lefebvre, Gauthier, Wassilief, Thomas, Thibault, Laffitte, de Lostalot-Bachoué, Bezançon, Bouchut, Garnier.

41. Raoult, Thierry (Frédéric), Couder, Evrain, Mauclaire, Arnould, Mosny, Bernhein, Alexandre, Souplet.

51. Aubert, Courtois-Suffit, Baumgarten, Pilliet, Oustaniol et Dussaud.

***

Assistance publique. — MM. les médecins du XXe arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 27 janvier 1886, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance. Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

***

Récompenses. — MM. les docteurs Charvet, médecin à Saint-Alban-sous-Sampzon, Prunac et Magne, médecins à Mèze, viennent de recevoir une médaille d'or de première classe, pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique de septembre 1885.

— M. le docteur Berruyer, médecin de la police municipale à Nantes, vient de recevoir une médaille d'argent de première classe, pour s'être signalé en portant secours dans un violent incendie. Notre confrère était déjà titulaire d'une médaille d'honneur.

***

Nominations. — M. le docteur Delaporte est nommé médecin de la Préfecture de la Seine, en remplacement de M. le docteur Worms, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite ; M. Delaporte est désigné pour remplir les fonctions de médecin en chef de l'octroi de Paris.

***

Concours. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira, le 8 mars 1886, à l'École de médecine de Caen.

***

Société de statistique de Paris. — *Conférences publiques et gratuites*. — 27 janvier 1886. — M. Victor Turquan : Les résultats statistiques des élections législatives de 1881 et 1885.

3 février 1886. — M. Fournier de Flaix : Les grands ports de France.

10 février 1886. — M. Eugène Minot : L'Exposition universelle de 1889.

24 février 1886. — M. Gimel : Le cadastre.

3 mars 1886. — M. le docteur Ed. Choquet : Les incendies dans les théâtres.

10 mars 1886. — M. le docteur Cl. Juglar : De la crise actuelle et de sa fin prochaine.

24 mars 1886. — M. Pedro S. Lamas : L'Amérique latine.

31 mars 1886. — M. L. Simonin : Les grandes lignes de navigation.

Nota. — Les portes seront ouvertes à huit heures et demie du soir et la conférence commencera à neuf heures précises, 84, rue de Grenelle.

***

Cours. — M. le professeur Ball a repris son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 10 janvier à dix heures du matin (Asile Sainte-Anne). Il traite de la folie circulaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1885.

244. M. Bouquet. Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse et des maladies du cœur. — 245. M. Doyen. Recherches anatomiques et expérimentales sur le choléra épidémique. — 246. M. Weill. Contribution à l'étude clinique des œdèmes périphériques d'origine nerveuse. — 247. M. Mouzon. De la valeur séméiotique des hémoptysies dans certaines formes de maladies du cœur. — 248. M. Cuny. Tabac et tabagisme. — 249. M. Dubromelle. Contribution à l'étude du traitement local des accidents cutanés de la syphilis. — 250. M. Chpolianski. Des analogies entre la folie à deux et le suicide à deux. — 251. M. Le Guellant. Sur les phénomènes prurigineux que l'on rencontre à la période d'invasion de la scarlatine. — 252. M. Fouche. Contribution à l'étude des fistules hépato-bronchiques consécutives à la lithiase biliaire. — 253. M. Gérard. Contribution à l'histoire de la fécondation artificielle. — 254. M. Ménager. De la résection tibiosienne avec conservation de la malléole externe. — 255. M. Colle. Des fistules osseuses d'origine dentaire. — 256. M. Escarras. Des varices du thorax et des membres supérieurs ; leur valeur séméiologique dans les tumeurs du médiastin. — 257. M. Gosset-Deslonchamps. Étude expérimentale sur les effets physiologiques du guarana et de la guaranine. — 258. M. Henri Martin. Contribution à l'étude des affections chroniques de l'ascite moyenne.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 3 au samedi 9 janvier 1886.

Fièvre typhoïde 14. — Variole 5. — Rougeole 17. — Scarlatine 14. — Coqueluche 11. — Dipthérie, croup 44. — Choléra 0. — Dysentérie 0 — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 4. — Antres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 40. — Phthisie pulmonaire 177. — Antres tuberculoses 34. — Autres affections générales 67. — Malformation et débilité des âgea extrêmes 67. — Bronchite aiguë 48 — Pneumonie 121. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 24. — au sein et mixte 20 — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 110. — de l'appareil circulatoire 85. — de l'appareil respiratoire 81. — de l'appareil digestif 49 — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 10. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 27. — Causes non classées 19. — Total de la semaine : 1126 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Recherches expérimentales sur les conditions de l'activité cérébrale et sur la physiologie des nerfs, par H. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy. II. Études physiologiques et psychologiques sur le somnambulisme provoqué, avec 4 figures intercalées dans le texte. — Paris, J.-B. Baillière, 1886.

L'Agenda médical pour 1886, entièrement refondu, contenant : 1· Mémorial thérapeutique du médecin praticien, par le professeur Trousseau, le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine.

2· Mémorial obstétrical, par M. le professeur Pajot.

3· Formulaire magistral, par M. Delpech, pharmacien de première classe, membre des Sociétés de pharmacie et de thérapeutique.

4· Code médical et professionnel, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

5· Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger, par le docteur de Valcourt.

Plus un calendrier à deux jours par page, la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et écoles préparatoires de médecine de France; les écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc. Format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles. — Prix : Broché : 1 fr. 75; Cartonné à l'anglaise : 2 fr.; Divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 francs.

Reliures diverses : nº 1. Maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier : 3 fr. 50; nº 2. Maroquin à patte avec crayon, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier : 3 fr. 75; nº 3. Maroquin à patte avec crayon et petite trousse en soie : 5 fr.; nº 4. Maroquin à patte avec crayon et petite trousse en maroquin : 7 fr.; nº 5. Maroquin à patte avec crayon et petite trousse, avec fermoir en maillechort : 9 fr.

Cet agenda est envoyé à domicile sur la désignation du numéro que l'on désire. — Librairie Asselin et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 4 23 JANVIER 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

SUR LA THORACOPLASTIE (1), par M. POLAILLON, agrégé, chirurgien de la Pitié, membre de l'Académie de médecine.

La thoracoplastie est une opération qui consiste à diminuer par une résection costale la rigidité de la paroi thoracique, afin de guérir certains empyèmes chroniques par l'adhésion de cette paroi à la surface du poumon.

La thoracoplastie n'est connue que depuis une dizaine d'années. Imaginée par Létiévant, elle a été réglée par Estlander et vulgarisée par les observations présentées à la Société de chirurgie.

En 1873, Létiévant, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Lyon, voulant arrêter une hémorrhagie consécutive à l'incision et au drainage d'un empyème, réséqua 4 à 5 centimètres de la septième et de la huitième côtes, puis bourra la cavité de l'empyème avec des bourdonnets de charpie sèche. Le malade guérit avec un aplatissement considérable de la poitrine. (BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE 1875, p. 605). Ce résultat frappa Létiévant et le conduisit à proposer la résection des côtes, non plus pour obvier à une hémorrhagie, mais pour mobiliser les parois thoraciques afin de faciliter la guérison d'un foyer purulent intra-pleural. M. Paulet, rapporteur de l'observation de Létiévant à la Société de chirurgie en 1875, n'admit qu'avec réserve cette opération nouvelle. Il n'en est pas moins vrai que son indication avait été nettement établie par Liétévant, qui la pratiqua plusieurs fois publiquement dans son service. Il lui donna d'abord le nom de *fénestration de la paroi thoracique*, puis de *résection costale multiple pour permettre la mobilisation du thorax et l'adhésion plus facile des parois de l'empyème.* Par abréviation on la désignait à l'Hôtel-Dieu de Lyon sous le nom d'*opération de Létiévant* (BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, 1884, p. 83). La thèse de M. Chabalier, soutenue à Montpellier en 1875, prouve encore que, dès cette époque, les chirurgiens lyonnais s'occupaient de la résection costale pour la guérison de l'empyème.

(1) Extrait d'un rapport lu à l'Académie de médecine le 19 janvier 1886.

Il est donc juste d'attribuer à Létiévant l'idée et l'exécution première de la thoracoplastie.

Mais cette opération ne s'était pas étendue au-delà de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et son manuel opératoire n'avait pas été réglé. Combien de côtes fallait-il réséquer? Dans quelle étendue fallait-il les réséquer? Comment cette résection devait-elle se faire? Létiévant omit de le dire. Sa fénestration de la paroi thoracique semble indiquer qu'il emportait, avec les côtes, la plèvre et les parties molles des espaces intercostaux.

En 1877, Estlander, professeur à Helsingfore, eut le mérite de formuler les règles de la thoracoplastie. Il établit : 1° qu'il fallait réséquer un nombre de côtes correspondant à la hauteur de l'empyème; 2° que l'étendue des fragments costaux qu'on enlève, devait dépendre de la largeur du foyer purulent au niveau de ces mêmes côtes; 3° que la résection devait se faire par la méthode sous-périostée, en respectant la plèvre pariétale et les muscles intercostaux, de manière à ne pas intéresser les vaisseaux. Il publia plusieurs observations de résection costale d'après ce procédé, et bientôt la thoracoplastie devint l'*opération d'Estlander* (Finska, Lakaresallskapets Handlingar, 1877; Band XIX, in-4o, p. 275, et REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, 1879, t. III, p. 157).

A la vérité, Estlander a une part considérable dans la découverte de l'opération qui nous occupe, part d'autant plus grande qu'il a probablement ignoré les observations de Létiévant; mais je ne puis laisser s'accréditer qu'il en soit l'unique inventeur. Notre pays a droit à la priorité du principe scientifique de la thoracoplastie.

Dans un remarquable rapport, lu à la Société de chirurgie à la fin de décembre 1883 (BULL. DE LA SOC. DE CHIR., t. IX, p. 958), M. Paul Berger, se basant sur l'analyse de vingt-six opérations exécutées d'après le procédé d'Estlander, arrive à conclure que la thoracoplastie, malgré l'étendue quelquefois énorme de la plaie opératoire, n'est pas grave par elle-même. « Il est donc indiqué, dit-il, d'y avoir recours dans tous les cas d'empyème chronique, devenu fistuleux, dont la guérison ne peut être espérée, et lorsque l'épuisement des forces du malade fait prévoir que la guérison spontanée tarderait trop à s'effectuer pour que le patient pût en faire les frais. » L'existence de lésions tuberculeuses dans les poumons, et surtout l'existence de cavernes, paraît être la seule contre-indication formelle à l'opération. Mais il ne faut pas attendre pour agir que l'affaiblissement du malade soit devenu extrême Dans la discussion qui a suivi son rapport, M. Paul Berger a très bien montré (BULL. DE LA SOC. DE CHIR., t. X, p. 93) que, chez les sujets très affaiblis, la nature même de la résection costale, son étendue et l'action prolongée du chloroforme suffisent à déterminer la mort ou à hâter la terminaison fatale, en détruisant « l'équi-

libre instable des fonctions respiratoires depuis longtemps atteintes dans leur mécanisme. »

Les opérations de thoracoplastie sont encore assez peu nombreuses, pour que nous sachions gré à M. Vaslin du nouveau fait qu'il nous fait connaître et que nous allons résumer :

Empyème chronique pluriloculaire, compliqué de trois fistules, traité et guéri par la résection costale, l'abrasion et le drainage. — Observation dne au docteur Vaslin (d'Angers).

Pendant la dernière année de son service militaire, le nommé T... Michel, âgé de 26 ans, contracte une affection thoracique pour laquelle il est traité à l'hôpital de Fontainebleau. Au bont de deux mois, il est renvoyé dans sa famille incomplètement guéri. Une vomique se produit ; puis la toux, l'expectoration purulente, la dyspnée et la fièvre prennent une telle intensité que le malade est en grand danger de mourir. Cependant, ces accidents s'amendent en quelques jours par la formation rapide d'un gros abcès à la partie antéro-latérale droite de la poitrine et par sa rupture spontanée qui donne issue à une grande quantité de pus. Deux autres abcès moins volumineux ne tardent pas à se former, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du premier, et à s'ouvrir spontanément.

Lorsque le docteur Vaslin fut appelé à soigner Michel T..., il y avait six mois que les abcès intra-thoraciques s'étaien ouverts. Trois fistules disposées en triangle, à six ou sept centimètres les unes des autres, livraient passage à une suppuration abondante et infecte.

L'auscultation et surtont l'exploration des trajets fistuleux démontraient l'existence d'un vaste foyer pleural divisé en plusieurs loges. La fistule médiane était l'ouverture extérieure unique d'une cavité communiquant profondément avec une bronche, puisqu'une injection de liquide dans cette cavité provoquait des accès de toux avec expectoration purulente. Les deux autres fistules étaient les orifices d'une seule et même cavité, isolée de la première et sans relation avec les bronches, puisqu'une injection ne venait pas ressortir par la fistule médiane et ne provoquait pas la toux. Une sonde de gomme, assez rigide, introduite dans la fistule médiane, pénétrait de bas en baut dans la direction du creux axillaire et s'arrêtait à une profondeur de 26 centimètres devant des tissus de consistance fibreuse. Cette même sonde, introduite dans la fistule inférieure, s'enfonçait obliquement en arrière, en suivant la voussure du diaphragme, à une profondeur de 18 centimètres. La fistule supérieure ne laissait pénétrer la sonde qu'à 8 on 9 centimètres.

Du côté malade, l'auscultation faisait entendre, en arrière, un murmure vésiculaire très pur dans la fosse sus-épineuse et la gouttière costo-vertébrale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate ; plus bas, un souffle tubaire qui devenait tubo-caverneux sous l'aisselle. En avant, le murmure vésiculaire était remplacé, quelques travers de doigt au-dessous de la clavicule, par un souffle amphorique retentissant jusqu'au niveau des fistules.

A gauche, la respiration était normale dans toute l'étendue du poumon.

L'affaiblissement progressif du malade par la suppuration devenue infectieuse, par les accès de fièvre, par l'apparition de l'albumine dans les urines d'une part, et d'autre part l'impossibilité de modifier par des lavages antiseptiques le principal foyer, puisque les injections dans ce foyer déterminaient de la suffocation, conduisirent M. Vaslin à pratiquer la thoracoplastie. Cette opération était, en effet, d'autant mieux indiquée que le patient ne présentait aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Le malade étant endormi par le chloroforme, M. Vaslin fait une incision verticale s'étendant du quatrième au septième espace intercostal, et une incision horizontale légèrement courbe, de manière à représenter un T renversé. Après avoir disséqué et relevé les deux lambeaux triangulaires circonscrits par les incisions, il résèque cinq à six centimètres de la sixième et de la septième côtes. Les artères intercostales sont liées. La plèvre est largement incisée. Une sonde Béniqué, introduite dans la cavité pleurale, sert à râcler ses parois et à en détacher une grande quantité de fausses membranes. Des injections d'eau alcoolisée et phéniquée complètent le nettoyage des foyers.

Les lambeaux sont alors rabattus et suturés avec des crins de Florence. Deux gros drains juxtaposés sont placés entre les lèvres de la plaie et pénètrent profondément dans la cavité de l'empyème. Pansement avec de la charpie phéniquée. Chaque jour, trois lavages alcoolo-phéniqués.

Les suites de cette opération furent des plus simples. Le troisième jour, la toux et l'expectoration purulente cessèrent. Les deux drains furent retirés successivement : l'un le douzième, l'autre le vingtième jour.

Au bout de deux mois, les trois fistules préexistantes étaient oblitérées et attirées vers l'ouverture costo-pleurale, qui ne formait plus qu'un trajet profond de 5 centimètres et du diamètre d'un stylet ordinaire. La paroi thoracique était fortement déprimée, principalement au niveau de la résection. La respiration était perçue dans toute la hauteur du poumon droit, pure et ample dans sa moitié supérieure, faible et accompagnée de frottements à sa base.

Cinq mois après l'opération, le trajet fistuleux des drains était complètement cicatrisé. Michel T... se trouvait presque aussi robuste qu'avant sa maladie et avait repris, depuis un mois, ses pénibles travaux de cultivateur.

L'opération si heureuse de M. Vaslin se rapproche plus de l'opération de Létiévant que de celle d'Estlander. En effet, la résection costale a été très peu étendue et la plèvre a été largement onverte. Si notre confrère avait suivi le procédé d'Estlander, il aurait dû réséquer les côtes dans toute la bauteur de l'empyème, c'est-à-dire réséquer quatre on cinq côtes au lieu de deux côtes seulement ; il aurait dû faire la résection par la méthode sons-périostée, ce qui lui aurait épargné la nécessité de lier les artères intercostales ; et il n'aurait pas touché à la plèvre.

Néanmoins, l'opéré a guéri, bien que sa thoracoplastie ait été réduite aux proportions les plus minimes. J'attribue ce succès à l'âge relativement peu avancé de l'empyème, au bon état du parenchyme pulmonaire, qui occupait encore à peu près la moitié de la cavité thoracique, et à l'absence d'adhérences très solides antour du poumon rétracté.

Mais lorsqu'on a affaire à un empyème ancien, avec retrait pulmonaire considérable et adbérences fibreuses, épaisses, emprisonnant le poumon dans la gouttière costo-vertébrale, il faut, pour obtenir la guérison, employer le procédé d'Estlander dans toute sa riguenr et désosser, pour ainsi dire, une partie de la paroi thoracique. Dans ce cas, l'opératenr pêche généralement plutôt par défaut que par excès de résection, s'il n'est pas bien persuadé que plus la paroi thoracique sera mobile et flasqne, plus la guérison sera prompte et facile. Le 23 mars dernier, chez un homme qui portait un empyème chronique fistuleux, énorme, ne laissant entendre aucun murmure respiratoire, et admettant dans sa cavité plus d'nn litre et demi de liquide, j'ai réséqué 14 centimètres de la septième côte, 12 centimètres de la sixième, et 8 centimètres de la cinquième côte. Mon opéré est revenu à un état de santé satisfaisant. Mais, aujourd'bui, il n'est pas encore complètement guéri, parce que la résection n'a pas été assez large : elle aurait dû comprendre un segment de la quatrième, de la troisième et même de la deuxième côte.

Un point de l'opération de M. Vaslin mérite d'être retenu,

c'est le raclage de la cavité de l'empyème avec une sonde et la destruction, par cet instrument, des cloisons qui séparaient l'empyème en plusieurs loges. Il a obtenu ainsi un avivement et une régularisation du foyer pleural, qui ont largement contribué à sa cicatrisation. M. Bœckel s'était déjà servi de la curette tranchante pour débarrasser la plèvre des fausses membranes et pour la mettre dans les conditions d'une réunion par première intention. Mais la curette tranchante pourrait fort bien déterminer une hémorrhagie en nappe difficile à arrêter. La sonde de Béniqué, ou tout autre instrument mousse, atteint le même but sans faire courir aux malades, souvent très affaiblis, le danger d'une notable perte de sang.

Pour exécuter convenablement le curage de l'empyème, une large incision de la plèvre est indispensable. Or, cette pratique, qui a si bien réussi entre les mains de M. Vaslin, diffère sensiblement de celle d'Estlander, dans laquelle on se borne à faire des lavages dans la cavité purulente et à établir un ou plusieurs drains soit dans la fistule pleurale, soit à la partie la plus déclive de la poitrine.

La thoracoplastie comprend donc deux procédés, qui ont chacun leur indication clinique particulière : le procédé d'Estlander ou *résection costale étendue* respectant la plèvre, pour les empyèmes anciens, très vastes, avec organisation des fausses membranes en tissu dur et épais; et le procédé de Létiévant ou *résection costale restreinte* avec ouverture de la plèvre, pour les empyèmes récents, peu volumineux, cloisonnés en plusieurs loges, tapissés par des fausses membranes molles et mal organisées. Dans ce dernier cas, la mobilisation de la paroi thoracique n'est pas la seule condition de la guérison; M. Vaslin a démontré qu'il fallait y ajouter l'abrasion des fausses membranes, non pas avec une curette tranchante, mais avec un instrument mousse, incapable de produire un saignement dangereux pour le malade.

Il va sans dire que, dans les thoracoplasties restreintes aussi bien que dans les thoracoplasties très étendues, le drainage et la méthode antiseptique sont de rigueur.

PATHOLOGIE

De la maladie de Dupuytren, par le docteur Ch. Amat, médecin-major de deuxième classe.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

II

« Le paratrimme palmaire, écrivait Alibert (1), est une maladie à laquelle on fait peu d'attention et qui tourmente néanmoins, dans quelques circonstances, ceux qui touchent habituellement des corps durs ou qui appuient, par métier, leurs mains sur des instruments mécaniques. » Un certain nombre d'auteurs (2) continuent à croire à l'action pathogénique d'un traumatisme chronique; d'autres (3) signalent la transmission héréditaire; mais le plus grand nombre (1) recherchent l'origine de l'affection dans les causes générales, dans l'état dyscrasique. Ce n'est pas un mal absolument local puisqu'il affecte, comme le psoriasis, par exemple, certains points de prédilection. Il est bien plutôt la conséquence d'une constitution spéciale, et dans la plupart des observations relatées, on peut trouver l'arthritisme.

Les débuts sont insidieux, et l'on tiendrait peu compte des sensations de tiraillement, de picotement, de chaleur, si l'on ne s'apercevait à l'occasion d'un mouvement étranger à la profession ou aux habitudes, que les doigts ne peuvent plus s'étendre complètement. L'épiderme se durcit, le derme se condense et se rétracte, les couches profondes s'enflamment, les tractus fibreux sous-cutanés s'épaississent en même temps que les pelotons graisseux de la région s'atrophient, que les plis disparaissent, que la peau adhère aux plans sous-jacents.

A cette époque, comme le pensent Cruveilher et Malgaigne (2), l'aponévrose palmaire est encore absolument indemne.

La sécrétion sudorale de la région diminue tous les jours, ainsi que J. Guérin (3) et quelques autres, ayant sans doute assisté, comme nous, aux symptômes initiaux de l'affection, ont eu l'occasion de le constater. La rétraction des doigts progresse, mais on voit qu'elle « résulte de la transformation en bride fibreuse d'une partie de la couche sous-cutanée du devant des phalanges et non de l'aponévrose » (4).

Goyrand (5), dans son mémoire à l'Académie de médecine accuse le développement anormal du tissu qui unit cette dernière à la paume de la main, de déterminer l'affection. Gerdy (6) fait en outre jouer un certain rôle aux ligaments latéraux des doigts. Pour Madelung, de Bonn (7), la disparition des pelotons graisseux qui occupent normalement les loges sous-cutanées, est la cause réelle de la déformation. Cette particularité a été constatée par Polaillon, Richer, Lancereaux et autres (8).

A la longue, l'aponévrose, prise à son tour, se rétractera, car l'on ne saurait méconnaître la valeur des pièces anatomo-pathologiques présentées. Mais, avec elle, les téguments ne sont jamais sains, sinon dans leur constitution intime, du moins dans leur fonctionnement. En sorte que l'on assiste à un phénomène absolument consécutif et secondaire, puisqu'on trouve des cas comme celui de Blum (9), où il a suffi de sectionner la peau et le tissu sous-jacent pour ramener l'extension. Cela ne prouve-t-il pas que la sclérose et la crispation

(1) Alibert, *Monographie des dermatoses*, 1832.

(2) Avignon de Morlac, *Th. de Paris*, 1832; Velpeau, Gazette médic., Paris, 1835; Després, Bull. soc. anat., 1877.

(3) Dupuytren, Gaz. médic., Paris, 1833; Goyrand, *Mém. acad. méd.*, 1833; Menjaud, *Th. de Paris*, 1861, Largillière, *Id.*, 1873; Lancereaux, *Tr. de l'herpét.*, 1883; Viger, *Th. de Paris*, 1883.

(1) Plater, *Observationum liber*, 1614; Béhier (de Saint-Malo), Trans. méd., 1838; J. Guérin, Journal de Lucas-Championnière, 1836; Cruveilher, *Tr. d'anat. path.*, 1849; Menjaud, *Th. de Paris*, 1861; Bulley, Med. Times and Gazette, 1864; Lacroix, *Th. de Paris*, 1868; Roque, *Id.*, 1872; Jeanpierre, *Id.*; Jaccoud, *Clin. de la Charité*, 1874; Pozzi, Houel, Charcot, Bull. Soc. anat., 1877; Baillod, *Th. de Paris*, 1879; Largillière, *Id.*, 1878; Chevrot, *Id.*, 1882; Lancereaux, *Tr. de l'herpét.*, 1883; Polaillon, *Dict. encycl. scienc. méd.*; Le Dentu, *Dict. méd. et chir. prat.*

(2) Cruveilher, *Anat. path.*, 1849; Malgaigne, *Leçons d'orthopédie*, 1862.

(3) J. Guérin, Gaz. méd., 1833.

(4) Velpeau, Gaz. méd., 1835.

(5) Goyrand, *Recherches sur la rétraction des doigts*, *Mém. Acad. méd.*, 1833.

(6) Gerdy, *Chir. pratique*, 1852.

(7) Madelung, Berl. klin. Wochens. 1878.

(8) Polaillon, *Dict. encycl. sc. méd.*; Richer, Bull. Soc. anat., 1877; Lancereaux, *Tr. de l'herpét.*, 1883.

(9) Blum, *Chir. de la main*, 1882.

sont la conséquence de l'inflammation chronique? Et si, dans les examens histologiques des tissus, on n'a jamais trouvé de lésions appréciables, « il y a lieu de penser, avec Lancereaux, que l'absence de produit inflammatoire ne peut appartenir qu'à la période ultime de cette altération, et que, dans une phase moins avancée, il en serait autrement. » Au reste, ceux-là mêmes qui veulent faire jouer le principal rôle à l'aponévrose (1), ne parlent-ils pas de la participation fréquente des différents tissus composant la région palmaire (peau, tissu cellulaire sous-cutané, charpente fibreuse sous-aponévrotique reliant l'aponévrose aux gaînes et aux couches périostiques, articulations et leurs ligaments), et ne notent-ils pas la coïncidence si frappante de la rétraction de cette aponévrose avec les scléroses d'autres organes et d'autres tissus (cirrhose du foie, artério-sclérose généralisée, fibrome de la verge, sclérose de la moelle)?

On a tout rapporté à l'aponévrose, parce que l'affection était de date ancienne chez les observés. Le travail de M. Costilhes, le dernier en date, ne nous signale pas de cas ayant moins de trois ans; dans ces conditions, il est bien difficile de déterminer la part qui revient à chacun des tissus. Les particularités de cette membrane, en faisant un élément anatomique important, lui ont attiré tous les honneurs du processus pathologique.

L'aponévrose une fois atteinte présente les modifications que Dupuytren (2) a le premier signalées. Maslieurat-Lagemard, Maisonneuve, Denouvilliers, Morel-Lavallée, Sevestre, Nicaise, Polaillon, Richet, Remy, Lancereaux (3) indiquent bien avec complaisance et détails des épaississements, des condensations du tissu fibreux; mais ce dernier a soin d'ajouter: « La peau adhère normalement au niveau du poignet et de l'éminence thénar; l'adhérence s'exagère un peu à la partie inférieure de l'éminence hypothénar. En bas, sur la région moyenne de la paume, au-dessus de la base de l'annulaire, elle se confond avec l'aponévrose, dont on ne la sépare qu'en la sculptant avec le scalpel. »

Si, dans la flexion permanente des doigts, la peau est toujours lésée en même temps que l'aponévrose sous-jacente, l'inverse n'est plus vrai, et pour ce motif on consacre une erreur en désignant la maladie de Dupuytren sous l'appellation générique de « rétraction de l'aponévrose palmaire ».

Le processus scléreux qui, pouvant envahir à des degrés bien atténués les pieds et les mollets, comme dans notre cas, se localise surtout aux ligaments palmaires, est assez difficile à interpréter. Nous tendons à lui attribuer une origine nerveuse dont l'influence nutritive, profondément troublée, agirait à distance comme dans la sclérodermie ou le mal perforant plantaire.

Et, ce qui semble justifier ces rapprochements, ce sont les modifications sudorales. On sait que les inflammations suppriment en général les sueurs. Absentes dans l'érysipèle, l'herpès, le zona, l'eczéma et le psoriasis à la période d'état, elles sont presque nulles dans l'icthyose, les glandes étant atrésiées et rares; il y a hypersécrétion à un degré avancé de la cure du psoriasis et de l'eczéma, tout comme elle a eu lieu dans l'observation ci-dessus. En tous cas les glandes recouvrent leurs fonctions à la guérison.

Etant donnée l'idée de la nature de l'affection, il est aisé de comprendre les piteux résultats obtenus par l'intervention chirurgicale. Quelque ingénieux que soient les procédés de Dupuytren, de Goyrand, de Richet, de Busch, de Lannelongue, d'Adams, d'Astley Cooper, de Broca, de Tillaux, de Noble Smith (1), on doit, en toutes circonstances, donner la préférence au traitement médical. Le massage a fourni en Allemagne de trop bons résultats pour qu'il ne soit pas essayé. Mais c'est en la médication diathésique et résolutive que nous avons surtout confiance. L'iodure de potasium sera administré à doses croissantes pendant qu'on appliquera sur les régions malades une pommade fortement iodurée. Les couches épidermiques morcelées par l'action irritante du médicament tombent vite laissant presque complétement à nu le derme. La peau, dans sa totalité, paraît plus douce au toucher, elle est manifestement moins dure au bout de deux à trois semaines. L'iode lutte énergiquement dans ces circonstances contre le processus néoplasique dont la sclérose est l'expression anatomo-pathologique.

Conclusions. — La maladie de Dupuytren est une manifestation de la diathèse arthritique;

Due à la sclérose partielle ou totale des téguments, suivant l'ancienneté de l'affection, elle a une prédilection marquée pour la plante des pieds et la paume des mains. Les effets sont d'autant plus accusés en cette dernière région qu'elle amène la flexion progressive des doigts;

Elle est comparable à l'herpès, à l'icthyose, au psoriasis, à l'eczéma, par les modifications sudorales constatées;

L'insuccès du traitement chirurgical d'une part, de l'autre les bons effets obtenus par la médication altérante, contribuent à nous la faire considérer comme une *véritable dermatose*.

(1) Costilhes, *De la rétr. de l'apon. palm. (Mal. de Dupuytren). Th. de Paris*, 1885.

(2) Dupuytren. — *Leçons orales de clinique chirurg.*, 1839.

(3) Maslieurat-Lagemard. — *Anat. descrip. des apon. et membr. syn. de la main ....* Gaz. méd. de Paris, 1839. — Maisonneuve: Bull. de la Soc. anat., 1840. — Denonvilliers, *id.*, 1840. — Morel-Lavallée: Annal. de la chirur. — Sevestre: Journ. de l'anat. et de la physiol. de Robin, 1867. — Nicaise: Bull. de la Soc. anat., 1868. — Polaillon: Dict. encycl. des sc. méd. — Richet: *Anat. med. chir.* — Remy: Bull. de la Soc. anat., 1877. — Lancereaux: *Traité de l'herpétisme*, 1883.

(1) Dupuytren, *Leç. orales de clin. chir.*, 1839. — Goyrand, Gaz. méd de Paris, 1835. — Richet, *Anat méd. chir.* — Lannelongue, *Procédé inédit cité par Costilhes.* — Adams, Brit. med. Journ., 1878. — Astley Cooper, *Œuvres chirurgic.*, 1837. — Broca, *cité par Roque, Th. Paris*, 1872. — Tillaux, *cité par Chevrot, Th. de Paris*, 1882. — Noble Smith, Brit. med. Journ., 1855.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Courants électriques naturels; leur rôle dans la nutrition, par M. le docteur Onimus.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Nous avons le droit de rapprocher des phénomènes qui se passent dans les tissus ceux qui ont lieu dans les appareils électro-capillaires. D'un autre côté, il y a un rapport direct entre la production de l'électricité et l'activité des organes qui la produisent. Or, cette production est modifiée selon les circonstances et surtout selon les résistances qu'éprouve le courant électrique à se recomposer. Une expérience très simple démontre ce fait. On prend trois piles identiques au sulfate de

cuivre, et on met identiquement la même quantité de sel dans chacune; on laisse telle quelle une des piles; les deux pôles de la seconde sont réunis par un fil métallique, et pour la troisième on fait plonger les deux pôles dans une colonne d'eau. Au bout de vingt-quatre heures, dans le premier élément, le sulfate de cuivre est encore en entier et le zinc n'a pas été attaqué; il n'y a donc eu aucune action chimique. Dans la seconde, le zinc est attaqué, usé en partie, et le sulfate de cuivre a disparu; l'action chimique a donc été très vive. Enfin la troisième conserve encore un peu de sulfate de cuivre, et le zinc, tout en étant attaqué, l'est moins que dans le deuxième.

Pourquoi ces différences? C'est que, pour la première pile, on a laissé le zinc et le cuivre séparés, et on ne les a réunis par aucun conducteur. Dans la deuxième, on a relié le zinc au cuivre par un fil de cuivre. Enfin, pour la troisième, on a interposé entre le zinc et le cuivre un corps mauvais conducteur.

En d'autres termes, dans le premier de ces éléments, les deux électricités n'ont pas pu se combiner, et, par cela même, il n'y a pas eu d'action chimique; pour le deuxième, le circuit étant établi, le fluide électrique a pu s'écouler facilement, et en même temps l'action chimique a été très forte et continue; pour le troisième, la résistance à la recomposition de l'électricité étant plus grande, par suite d'un corps mauvais conducteur, l'action chimique a été moins vive.

Donc l'action chimique, dans des substances formant un couple voltaïque, sera d'autant plus grande que la résistance à la recombinaison des électricités engendrées dans ce couple sera moindre.

En transportant cette loi dans l'organisme, nous pouvons dire :

Que les actions chimiques qui ont lieu dans les tissus seront d'autant plus vives que la résistance sera plus grande pour la recomposition des deux électricités mises en mouvement.

Cela nous montre tout d'abord : que toute membrane organique, devenant moins apte, pour une cause ou une autre, à être mouillée par les liquides qui sont en contact avec elle, détermine aussitôt une diminution des actions chimiques; que la moindre différence dans la composition des liquides modifiera également l'intensité des actions chimiques. On conçoit ainsi l'influence de l'épaississement d'une membrane, de l'interposition dans ses mailles de tissu calcaire ou graisseux.

On conçoit en même temps que l'activité des combinaisons chimiques ne dépend pas de l'entassement des substances, mais bien de la facilité avec laquelle a lieu la combinaison des électricités qu'elles développent. On aura beau mettre du sulfate de cuivre dans la pile où le zinc est séparé du cuivre, aussi longtemps qu'on ne reliera pas ces deux piles par un fil conducteur, il n'y aura aucune action chimique.

De même, dans une pile électro-capillaire, si je ne rends pas ma membrane conductrice de l'électricité, il n'y aura aucun courant électrique ni aucune action chimique; par contre, cette dernière sera considérable si la membrane est très perméable aux liquides et si ceux-ci sont bons conducteurs.

Dans tous les cas, on pourrait mesurer l'intensité vitale, ou du moins l'intensité nutritive des tissus, d'après l'intensité des courants électriques qui s'y forment. Nous avons essayé de le faire, en cherchant à comparer les courants électriques que l'on pourrait obtenir chez l'homme sain et l'homme malade, ou chez le même individu à différents moments de la journée; mais si cela n'est pas bien difficile (des électrodes impolarisables et un galvanomètre sensible suffisent), il y a une telle quantité de causes d'erreur, par suite de la transpiration de la peau, que nous y avons renoncé.

Mais nous avons pu vérifier une partie de la loi qui découle des faits que nous venons d'exposer, à savoir que l'*action électrique propre d'un tissu comparé à ce même tissu, ou à un autre tissu, sera d'autant plus considérable que la nutrition y sera plus active.*

Il est nécessaire, pour saisir la valeur de ces expériences, de se rappeler que c'est du côté de l'électricité négative que l'action chimique est plus intense, et que lorsqu'un corps quelconque est négatif par rapport à un autre, c'est qu'il présente sur celui-ci une plus grande somme de forces actives.

Inutile d'ajouter en même temps que la contraction d'un muscle détermine dans ce muscle une plus grande activité chimique.

Sur des malades chez lesquelles il existait d'un côté du corps une anesthésie complète, ayant enfoncé des aiguilles de platine profondément dans les muscles, communiquant avec un galvanomètre très sensible, nous avons constaté que : si l'on faisait contracter un des muscles, l'aiguille du galvanomètre éprouvait une déviation plus ou moins grande, indiquant que le muscle contracté était négatif, par rapport au muscle non contracté. Si l'une des aiguilles était enfoncée dans un muscle et l'autre dans du tissu graisseux ou cellulaire, la déviation de l'aiguille indiquait que le muscle possédait une électricité négative, par rapport au tissu graisseux ou cellulaire; mais, au moment de la contraction, cette différence est encore bien plus marquée et la déviation de l'aiguille du galvanomètre est plus considérable.

La déviation de l'aiguille a lieu non seulement au moment de la contraction, mais elle persiste encore quelque temps après la contraction.

Lorsqu'on maintient un muscle contracté pendant plusieurs minutes et qu'on enfonce seulement les aiguilles dans les muscles après la cessation de toute contraction, le muscle qui était contracté présente une électricité négative par rapport aux muscles qui n'ont pas été contractés. Quelquefois cette différence est encore sensible un quart d'heure après la contraction.

Si l'une des aiguilles est enfoncée dans le muscle contracté et l'autre dans le muscle non contracté, si on fait contracter celui-ci, l'aiguille revient peu à peu à zéro et finit par dévier en sens opposé : ce qui prouve que le muscle qui se contracte en dernier lieu finit par avoir une activité chimique plus considérable que celui qui était contracté dès le début et qui s'est fatigué peu à peu.

Pour finir l'exposé des expériences que nous avons faites dans le but de rechercher les applications des courants électro-capillaires, à la physiologie et à la thérapeutique, nous citerons encore l'action curieuse que présentent sous ce rapport les différents caustiques. L'application sur un tissu vivant d'un caustique minéral produit aussitôt une déviation très accentuée de l'aiguille d'un galvanomètre, mais cette déviation varie selon les caustiques et est en rapport direct avec la force et le mode d'action de ces caustiques. Ceux dont l'action est rapide et énergique donnent un courant très considérable, mais souvent de courte durée; ceux dont l'action est lente donnent un courant qui augmente peu à peu d'intensité et qui persiste pendant longtemps. Ainsi, avec le perchlorure de fer, l'aiguille est déviée avec force immédiatement; il en est de

même avec le nitrate d'argent, surtout si avec ce caustique ou applique sur les parties atteintes un morceau de zinc. Avec le sulfate de cuivre, les courants sont beaucoup moins intenses au début, mais au bout de quelque temps la déviation augmente, sans cependant devenir jamais bien prononcée. Avec le chlorure de zinc, la déviation est également plus faible au début, quoiqu'elle devient assez forte au bout de quelques moments. Il en est de même du chlorure d'antimoine; après deux à trois minutes de contact, la déviation devient beaucoup plus forte et se maintient pendant longtemps.

On sait enfin, par les autopsies, qu'on retrouve dans les tissus organiques les sels réduits et que, chez des individus qui ont pris pendant leur vie soit des sels d'argent, soit des sels de plomb, c'est à l'état métallique qu'on trouve l'argent et le plomb. C'est incontestablement par les actions électro-capillaires que cette réduction s'est faite, et dans les tubes de Becquerel ou dans notre petite pile à albumine, on peut, en dehors de l'organisme, faire identiquement les mêmes réductions.

Voilà donc des courants électriques qui, dans les tissus vivants, par cela seul que ceux-ci sont organisés, déterminent des actions d'une puissance extraordinaire et qui expliquent des phénomènes qui sans cela paraissent étranges. Mais leur influence est encore plus considérable, et ce sont pour ainsi dire tous les phénomènes qui se passent dans les tissus vivants, qu'ils parviennent à expliquer. En effet, si l'action chimique qu'ils provoquent est considérable, l'action mécanique n'est pas moins remarquable. En réalité, tous les phénomènes d'endosmose et toutes les lois de Graham rentrent sous leur dépendance, et il nous reste à indiquer quelques-unes de ces applications.

Les piles électro-capillaires ont, comme toutes les piles, une action de transport, et comme elles fonctionnent sans interruption, tant que la vie subsiste, elles ont ainsi une action très énergique. C'est grâce à ce mouvement de transport qu'il y a renouvellement des tissus et échange de matière organique. Il y a, comme on le sait, un transport réel du pôle positif au pôle négatif.

Un simple appareil à courants électro-capillaires produira le même phénomène. On met dans un tube fêlé une dissolution de nitrate de cuivre, puis on introduit dans ce tube une éprouvette contenant une dissolution de monosulfure de sodium, ayant à peu près la même densité. Le niveau est le même des deux côtés, mais bientôt le courant électro-capillaire s'établit, du cuivre métallique se dépose sur la face négative de la fissure et le liquide monte peu à peu dans le tube par l'effet du courant dirigé du pôle positif au pôle négatif. Si la fêlure est très petite, il faut près de quinze jours pour que la différence du niveau soit de 4 centimètres.

Le transport pour les sels est double, c'est-à-dire que certains sels vont au pôle négatif, d'autres vont du pôle négatif au pôle positif, et, de plus, il y a un choix et une élimination dans ces transports. On peut même arriver par ce procédé à séparer les métaux les uns des autres, car, selon leur conductibilité, les uns se sortent plutôt que d'autres. L'expérience suivante met en évidence ce double transport. On plonge dans une éprouvette contenant une dissolution concentrée de sulfate de soude un tube fermé par le bout inférieur avec du papier-parchemin et rempli d'une dissolution de nitrate de chaux, le niveau étant le même dans les deux vases. Il y a transport de la dissolution de nitrate de chaux dans celle de sulfate de soude en vertu du courant allant du pôle positif au pôle négatif; une double décomposition est produite, formation de sulfate de chaux qui cristallise en formant de longues stalactites creuses, puis de nitrate de soude qui est transporté dans la dissolution de nitrate de chaux par le courant allant du pôle positif au pôle négatif, avec une partie du liquide qui tient en dissolution le sulfate; ainsi donc, à l'instant de la double décomposition, le sulfate de chaux reste dans la dissolution de sulfate de soude, tandis que le nitrate de soude *est enlevé* par le courant direct allant du positif au négatif.

Ces phénomènes ont lieu également en remplaçant la membrane par une masse de substance albumineuse, ou même du sérum sanguin.

Mais ce qui est important, c'est de rapprocher ces phénomènes de transports électriques des lois de Graham, car on remarque que la direction de l'endosmose est la même que celle du courant électrique, c'est-à-dire du pôle positif au pôle négatif.

Nous ferons remarquer combien les faits observés par Graham arrivent à être généralisés, si l'on tient compte de cette loi d'électricité capillaire : les acides se portent sur la surface externe de la membrane, les bases sur la surface interne et l'eau se porte toujours du côté basique.

Tandis que l'endosmose se produit dans le sens du courant, c'est-à-dire du pôle positif au pôle négatif, l'exosmose a lieu dans le sens inverse du courant, du pôle négatif au pôle positif, et amène la substance dissoute en traversant la cloison sur la face qui constitue le pôle positif. Il résulte de là que le niveau d'un des liquides s'élève d'un côté et que la réaction, et par suite le précipité, se forment ordinairement de l'autre côté.

Si l'on applique ces expériences aux phénomènes d'endosmose et d'exosmose des tissus vivants, on voit aussitôt comment il se fait que les échanges de matières et de gaz peuvent se faire d'une façon continue et d'après des lois constantes.

Les exceptions mêmes peuvent servir à expliquer quelques-uns des troubles de la nutrition, car si d'un côté on peut concevoir l'arrêt ou la diminution de la nutrition qu'amène l'alcool par ce seul fait que les sels se diffusent en général quatre fois plus vite de leurs solutions aqueuses que de leurs solutions alcooliques, et en même temps donnent lieu à des courants moins intenses, on conçoit également que l'état d'acidité ou d'alcalinité puisse influencer les phénomènes électro-capillaires, et par conséquent les phénomènes de nutrition. La seule expérience suivante suffit pour le démontrer : le nitrate de potasse a une osmose très faible lorsqu'il est parfaitement neutre, qui disparaît et même devient négative par l'addition d'une petite quantité d'acide, tandis qu'une petite quantité de carbonate de potasse détermine une osmose positive très considérable et un courant électrique plus grand.

Donc, non seulement les actions chimiques proprement dites, mais encore les phénomènes de transport, sont influencés par les courants électriques qui se forment dans tous les tissus, et c'est ce qui explique comment les dissolutions dans l'organisme et les échanges de matières même gazeuses sont poussées comme par une force d'impulsion. En ne prenant pour exemple que la circulation sanguine, nous pouvons affirmer que les courants électro-capillaires agissent de telle sorte que les éléments électro-positifs du sang, c'est-à-dire les bases ainsi que les globules privés de leur oxygène sont déposés par le courant sur la paroi intérieure des capillaires (celle-ci étant

négative), tandis que les éléments électro-négatifs, comme l'oxygéne et les acides organiqnes, se déposent sur la paroi extérieure qui est positive. Ce gaz, une fois libre, à l'état naissant et même à l'état d'ozone, concurremment avec les acides, réagit sur les composés hydro-carbonés, et par retour du courant amène, par l'action mécanique, les nouveaux produits dans les capillaires.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Patologie mentale

MANUAL DAS DOENÇAS MENTAES, por JULIO DE MATTOS, medico-adjuncto do hospital d'alienados do Conde de Ferreira. — (Porto. Livraria central, 1885).

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

DE LA LYPÉMANIE ET PLUS PARTICULIÈREMENT DE LA LYPÉMANIE ANXIEUSE, par le docteur DAVID METZGER.—(Thèse de Paris, 1884.)

L'auteur cherche à démontrer, dans sa thèse, que la lypémanie anxieuse est bien différente, par l'ensemble de ses caractères, de la lypémanie ordinaire ou avec délire. Les arguments eur lesquels il s'appuie nous semhlent loin d'être convaincants, et, après la lecture de son travail, nous sommes plus que jamais disposé à penser qu'il convient de ne pas séparer la lypémanie anxieuse de la lypémanie délirante. Ces deux états ne nous paraissent constituer, en réalité, qu'une maladie, et les différences que l'on constate chez les sujets ne sont autre chose que l'expression plus ou moins variable par laquelle se traduit chez eux à l'extérieur la préoccupation pénible qui constitue le fond de leur état mental. Dans l'état pathologique, en effet, comme dans l'état normal, les individus ne réagissent pas tous de la même façon sous l'influence du choc moral qui les atteint. Lee uns concentrent en eux-mêmes toute leur douleur et rien n'en transpire au dehors, de sorte que leur exaltation psychique est en raison inverse de leur activité physique, et que, lorsque la première est pouesée à son plus haut degré, celle-ci est réduite à son minimum : d'oû immobilité cataleptiforme ou stupeur mélancolique. Les autres, au contraire, trahissent extérieurement leur souffrance morale par une espèce d'agitation inquiète ou anxieuse qui se révèle par des pleurs, des cris, des plaintes entrecoupées, des gestes et des mouvements automatiques, des impulsions même; ici, il n'y a plus absorption de l'activité fonctionnelle an profit de la concentration pénible de l'esprit, il y a extériorisation de la douleur, et cette réaction physique est précisément en raison directe de l'exaltation délirante. De là les noms de lypémanie anxieuse, gémisseuse, panophobique, suivant le degré et la forme de l'agitation.

Les malades ne diffèrent donc, par conséquent, que par la façon d'*exprimer* ce qu'ils ressentent; mais ce n'est là qu'une conséqnence symptomatique, nn effet et non nne cause, et il est impossible de prendre cette particularité ponr point de départ d'une division de formes morbides nettement séparées. Ce qui le prouve bien, d'ailleurs, c'est que tel mélancolique aujourd'hui simplement *déprimé* peut devenir *anxieux* demain pour repaseer ultérieurement à l'état passif et en arriver même parfois à la *stupeur* sans que le fond de sa maladie en soit changé, sans qn'on puisse dire évidemment qu'il ait été sncceesivement atteint de plusieurs formes de lypémanie.

An surplus, pour en revenir à la thèse de M. Metzger, la distinction qu'il cherche à établir entre la lypémanie délirante et la lypémanie anxieuse, ne repose pas, à vrai dire, sur des données bien précises. Ainsi, une différence pour lui des plus importantes, c'est l'existence très fréquente d'hallucinations dans la lypémanie ordinaire, alors qne dans la lypémanie anxieuse il n'existe presque jamais, dit-il, d'hallucinations. Or, dans la description que donne l'anteur de la lypémanie anxieuse, d'après M. Lnys, l'hallncination jone au contraire un rôle capital, ainsi qn'on peut s'en convaincre par la citation suivante : « Il faut encore antre chose pour produire cette exaltation des régions émotives, qui envahit l'individu malgré lui, et cela d'une façon aussi subite qu'une attaque de vertige on nne attaque d'éclampsie. Il faut évidemment songer à une perturbation intime, survenue dans les régions profondes de la trame cérébrale, à un processus subjectif de nature *hallucinatoire* qui, agissant comme foyer d'irritation développée sur place, entretient ainsi les régions émotives en période d'exaltation continue. L'émotivité, dans ces conditions spéciales, ne doit donc être considérée que comme l'explosion d'nne *stimulation hallucinatoire* sous-jacente et larvée. »

La contradiction, on le voit, est complète. L'argument baeé sur l'existence constante d'un délire dans la lypémanie ordinaire dite, pour ce fait, délirante, délire qui n'existerait pas dans la lypémanie anxieuse, n'a pas non plus une valeur réelle, puisque non seulement le délire existe fréquemment dans la lypémanie anxieuse, mais encore que ce délire eet de tous points semblable à celui de la lypémanie délirante et roule presque toujours comme lui sur dee idées d'indignité et de culpabilité imaginaire. Lee observations reproduites par M. Metzger dans sa thèse ne laissent aucun doute à cet égard.

En somme, s'il est vrai de dire que tous les cas de lypémanie sont loin de se ressembler surtout extérieurement, et s'il est possible de les distinguer à ce point de vue en deux catégories, ceux où il y agitation plus ou moins grande (lypémanie anxieuse, gémisseuse, panophobique), et ceux où l'activité extérieure est plus ou moins suspendue (dépression mélancolique, lypémanie ordinaire, lypémanie avec stupeur), il faut reconnaître que ce ne sont pas là des états morbides absolument distincts, mais plutôt les différents aspects extérieurs d'une même maladie, susceptible de revêtir tantôt l'un, tantôt l'autre, et même de se présenter successivement sous chacun d'eux chez le même individu.

Quoiqu'il en soit de ces divergences d'opiuione, il n'en reste pas moins acquis que M. Metzger a fait choix d'un sujet de thèse des plus intéressants, et qu'il en a exposé avec méthode et clarté le côté scientifique et clinique. C'est nne justice qu'il convient ici de lui rendre.

Dr E. RÉGIS.

ETUDE CRITIQUE SUR L'ANGINE DE LUDWIG, par M. BŒHLER.

La maladie décrite sous le nom d'*angine de Ludwig* est une affection généralement assez mal connue, et qui a été rarement étudiée en France : nos livres n'en parlent guère, et on n'en trouve aucune mention dans les excellents articles du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*. Au premier abord,

il semblerait que ce fût un oubli; mais quand on a lu les nombreuses monographies parues en Allemagne sur cette question, on comprend qu'aucun ouvrage n'en fasse mention, car l'examen attentif de ces travaux et des observations qui y sont contenues montre au lecteur que c'est une affection qui ne mérite en aucune façon une description spéciale et qui doit être rangée dans les phlegmons de la région sus-hyoïdienne.

Nous empruntons les détails suivants au travail du docteur Bœhler, qui a, dans sa thèse inaugurale, rassemblé et discuté les observations publiées principalement à l'étranger sur cette question.

Décrite pour la première fois par Ludwig (CORRESP. BLATT., 1836, t. VI, n° 4) en 1836, elle a été surtout étudiée en Allemagne. Pour le professeur de Stuttgart, c'était une inflammation gangréneuse du tissu cellulaire profond du cou, se terminant rapidement par la mort, véritable érysipèle qui, arrêté dans son expansion vers la périphérie, gagnerait la profondeur où il déterminerait la gangrène du tissu cellulaire. Rejetant l'idée d'un érysipèle profond, quelques auteurs ont préféré voir dans cette maladie une manifestation du scorbut ou du rhumatisme.

En 1855, Bamberger met en doute le caractère spécifique infectieux de l'angine de Ludwig et prétend que cette inflammation dérive toujours d'une maladie locale siégeant dans la bouche. Pour Thaden (1872), cette affection serait presque toujours occasionnée par l'inflammation des ganglions lymphatiques si nombreux dans la région sous-maxillaire.

L'idée de Ludwig est reprise en 1883 par le professeur W. Roser (DEUTSCHE MEDIC. WOCHENSCHRIFT, n° 11). « L'angine de Ludwig, dit-il, consiste en une inflammation aiguë de la glande sous-maxillaire et de son tissu cellulaire environnant. Elle se présente sous forme épidémique et est due vraisemblablement à un agent infectieux spécial. » Roser va jusqu'à nier l'existence du phlegmon large du cou si habilement décrit par Dupuytren.

Cette inflammation phlegmoneuse aiguë du tissu cellulaire du cou présente les symptômes suivants que nous donnons pour montrer combien il est inutile de la décrire d'une façon spéciale, d'en faire « l'angine de Ludwig ». Elle ne présente rien de particulier, et, quoi qu'en ait dit Ludwig, rien qui lui soit propre.

La maladie débute par des frissons répétés, de la fièvre, des maux de tête. La langue est chargée d'un enduit épais; la déglutition est un peu gênée. En même temps apparaît au niveau du cou une tumeur d'abord indolente, très dure. Cette tumeur, qui peut être bilatérale, occupe le plus souvent le tissu cellulaire qui entoure la glande sous-maxillaire, rarement celui de la glande sub-linguale, plus rarement encore celui de la parotide. La situation profonde lui laisse peu de mobilité; il semble qu'elle soit implantée sur le maxillaire inférieur. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané qui la recouvrent ne prennent aucune part à l'induration; la peau, à ce niveau, est normale, plus ou moins mobile.

La tumeur envahit la région latérale du cou; l'induration peut gagner la nuque ou dépasser le menton et le larynx pour descendre jusqu'au-dessous de la première portion du sternum. Il semble que les muscles eux-mêmes ne restent pas étrangers à cette induration progressive.

Les mouvements de la bouche sont douloureux et peu étendus; la déglutition est difficile. Peu à peu, la tumeur fait saillie dans la cavité buccale et refoule la langue, qui est elle-même œdématiée.

La peau sus-jacente à la tumeur se modifie; elle devient œdémateuse, chaude, prend une coloration rouge noirâtre. Au toucher, on peut avoir soit la sensation d'une production de gaz, soit de la fluctuation; l'ouverture laisse écouler, le plus souvent dans la bouche, un liquide fluide, grisâtre, très fétide. Les phénomènes généraux s'aggravent. Vers le dixième ou le douzième jour, le malade tombe dans le coma et la mort survient avec tous les symptômes de l'asphyxie.

A l'autopsie, on trouve la peau et le tissu cellulaire sous-jacent absolument intacts. Le tissu cellulaire qui sépare les unes des autres les glandes salivaires et sert de gaîne aux muscles du cou, est mortifié. Les muscles du cou sont ramollis; les glandes salivaires sont détruites ou quelquefois presque normales. Il y a souvent altération du nerf vague.

Il est inutile, pour expliquer cette affection, de recourir à différentes théories plus ou moins bizarres. Pour Ludwig, cette maladie serait le résultat d'un érysipèle que des influences épidémiques arrêtent dans sa marche vers l'extérieur.

Bermann, Timpe, en font une inflammation métastatique, consécutive tantôt à la fièvre typhoïde, tantôt au scorbut ou à la rougeole. Pour Camerer, ce serait une affection spéciale, épidémique, dont la cause est inconnue.

Pour Heyfelder, il s'agirait d'une gangrène primitive du tissu cellulaire; l'auteur oublie d'expliquer le mécanisme de production de cette gangrène.

Le docteur Blasberg rattache cette affection à une périostite alvéolo-dentaire. Cnopf place le point de départ non pas dans le maxillaire, mais dans les cryptes de l'une ou de l'autre amygdale.

Pour von Thaden, les phlegmons du cou auraient toujours le point de départ dans les nombreux ganglions de la région.

Aujourd'hui, la plupart des auteurs admettent que l'étiologie de l'angine de Ludwig est multiple; si elle semble primitive quelquefois, son caractère secondaire ne saurait être mis en doute dans un grand nombre de cas.

On peut conclure en disant que, dans tous les cas, il s'agit de simples phlegmons gangréneux secondaires, dont on peut toujours trouver le foyer d'origine dans la région même.

Aucun symptôme de cette angine de Ludwig n'établit la spécificité de la maladie : ce sont ceux de toutes les phlegmasies de la région cervicale. La profondeur à laquelle siège le foyer inflammatoire explique l'absence de la fluctuation qui est très peu manifeste, parce que le pus, au lieu d'être réuni en un foyer unique, est disséminé dans les interstices des muscles du cou et dans les mailles du tissu cellulaire de la région.

La mortification des tissus est causée soit par l'exsudat qui comprime les faisceaux du tissu conjonctif et en étouffe les vaisseaux, soit par l'étranglement passif du tissu conjonctif par la peau et les plans sous-jacents. M. le Dentu (*Dictionnaire encyclopédique*, art. PHLEGMON), pense que la production de la gangrène résulte de l'action simultanée de ces deux causes.

Les troubles de la déglutition et de la respiration s'expliquent par un œdème collatéral, ou par la progression de l'inflammation jusque sur la muqueuse. « L'angine de Ludwig « n'est pas une entité morbide spéciale, de nature infectieuse, « se distinguant par ses caractères cliniques et par ses lésions

« anatomiques des autres processus inflammatoires de la ré-« gion du cou.

« La dénomination d'angine de Ludwig doit être rejetée ; « elle prête à confusion, parce qu'elle implique l'idée d'essen-« tialité; elle est superflue, parce qu'elle a été attribuée à des « cas qui rentrent sans peine dans les cadres classiques de la « pathologie. »

Telle est la conclusion du docteur Bœhler.

A. MARTHA.

INDEX DE THRAPEUTIQUE.

CHLOROSE ET ALBUMINATE DE FER. — La présence du fer dans l'hémoglobine a une importance physiologique capitale, car c'est à ce fer qu'est due la fonction globulaire, c'est-à-dire la fixation de l'oxygène, atome de fer fixant deux atomes d'oxygène. Or, la chimie pathologique nous a appris, il y a longtemps déjà, que c'est à la diminution de l'hématosine, élément ferrugineux de l'hémoglobine que remontent en dernière analyse les phénomènes de la chlorose, de cet état pathologique que Piorry qualifiait d'*achalybémie* et Pujol de *déferrugination*, longtemps aussi que la thérapeutique a solennellement confirmé ces données de l'analyse chimique et microscopique. Chlorose et fer sont donc deux termes corrélatifs, indissolubles. Mais pour obtenir du fer les bénéfices que l'on est en droit d'en attendre, il ne suffit pas, bien entendu, de le porter dans l'estomac brutalement et sans préparation préalable; il faut que ce fer soit accepté, oxydé, élaboré pour sa combinaison nouvelle avec l'élément globulaire; d'où l'obligation étroite de tenir compte, dans le choix d'un ferrugineux, de la dépression d'un organisme dont les facultés de digestion et d'assimilation sont amoindries, languissantes. C'est, croyons-nous, parce que l'on transgresse parfois cette notion primordiale que l'on se heurte trop souvent à des déceptions et à des mécomptes dus à une médication toujours héroïque lorsqu'elle est bien conduite.

C'est à l'appui de cette manière de voir que nous rapportons l'observation suivante :

« Mlle E..., âgée de 18 ans, est d'une extrême pâleur, pâleur d'apparence cireuse, les muqueuses sont décolorées et se confondent avec la peau. Cette jeune personne se plaint de maux de tête, elle éprouve une faiblesse générale. Sous l'influence de la moindre émotion, des palpitations se produisent, et les joues se colorent subitement, mais le visage reprend bientôt sa pâleur. Il y a une légère bouffissure des paupières.

« A l'auscultation, on constate un bruit de souffle doux à la base du cœur et au premier temps, un bruit de souffle intermittent dans les artères carotides et un bruit de diable continu à renforcement dans les jugulaires.

« Aucun trouble du côté des voies respiratoires, L'appétit est diminué et les fonctions digestives s'accomplissent mal. Il y a une constipation opiniâtre et du tympanisme.

« Mlle E... a été réglée à quinze ans et demi, d'abord à des intervalles trop rapprochés (tous les vingt jours environ) et très abondamment; puis les menstrues ont été supprimées, ne survenant qu'à des époques plus ou moins éloignées, tous les deux ou trois mois, et s'accompagnant chaque fois de très vives douleurs. Dans l'intervalle des règles, un peu de leucorrhée transparente, parfois blanchâtre ou muco-purulente. Un traitement ferrugineux avait été institué. La limaille, le fer réduit, le carbonate de fer, avaient été successivement employés, mais sans grand succès, et on avait dû assez vite interrompre la médication par suite des troubles gastriques et de la constipation de plus en plus accentuée. »

En dépit de résultats aussi peu encourageants et en présence des manifestations d'une chlorose si nettement caractérisée, il nous parut cependant urgent de revenir à l'agent indispensable, le fer, en faisant porter notre choix sur un ferrugineux d'assimilation très douce. Préalablement, nous avons fait prendre des amers destinés à lutter contre l'inertie de l'estomac et conseillé contre la constipation l'usage de légers purgatifs, après quoi nous prescrivons l'albuminate de fer (formule Laprade) à la dose d'une cuillerée à bouche après chaque repas. Le résultat ne fut sans doute pas immédiat et pendant trois jours la médication antiphlogistique dut nous venir en aide (lavements avec dix gouttes de laudanum et quelques gouttes de belladone à l'intérieur). Au bout de quelques jours, le fer, sous cette forme, fut parfaitement accepté sans donner lieu à aucun trouble des fonctions digestives. Les effets du traitement ne tardèrent pas à se manifester d'une façon très nette. L'anhélation, les palpitations diminuèrent, graduellement la teinte reprit une coloration normale, enfin la menstruation reparut régulière; nous pouvions dès lors considérer la guérison comme obtenue.

Nous étions en droit de nous attendre à cet heureux effet de la médication suivie. Dès longtemps nous connaissions la facilité d'assimilation de l'albuminate de fer; nous avions déjà constaté son utile influence dans divers cas d'aménorrhée.

Or la chlorose d'après le professeur Monneret, étant le plus souvent une anémie dépendant des fonctions génitales, nous devions tout naturellement être conduits à user de ce mode de préparation du fer pour combattre une affection où les troubles de la menstruation entrent pour une si large part. Nous estimons aussi qu'une part du succès que nous retirons journellement de l'emploi de la *Liqueur de Laprade* est dû à son alcalinité, l'albuminate de fer ne pouvant être rendu soluble qu'à l'état alcalino-ferrique.

Nous sommes sous ce rapport de l'avis de Barns qui résume ainsi ses différentes publications sur la chlorose : « Il faut com-« mencer par calmer l'irritabilité vasculaire pour préparer l'ab-« sorption du fer, c'est ce que feront les alcalins ; — on obtient, « ajoute-t-il, si souvent une telle amélioration au moyen de ce « traitement, qu'on ne peut s'empêcher de voir que le sang a be-« soin d'alcalins aussi bien que de fer et qu'il a besoin d'abord « d'alcalins; ce qu'on obtient dans la transfusion confirme ce que « j'avance, c'est une véritable résurrection qui suit l'injection du « liquide alcalin. »

A. BLONDEL,
interne des hôpitaux.

BULLETIN

LIMITE D'AGE DES PROFESSEURS. — LE SECRET PROFESSIONNEL.

Le décret du 28 décembre dernier, dont nous avons parlé dans le précédent numéro à propos de la constitution de centres universitaires, détermine, dans autant de titres spéciaux, les mode de nomination et attributions du Conseil de la Faculté, de l'Assemblée de la Faculté, du doyen et des professeurs. L'une des questions qui, dans ces derniers temps, ont le plus occupé l'attention publique, dans notre monde médical, est relative à la limite d'âge des professeurs. Nous pouvons ajouter que cette question a été posée aussi et s'agite ailleurs qu'en France. Elle a une véritable importance au point de vue du progrès des études et du niveau de l'enseignement. A une époque comme la nôtre, où la science subit des révolutions plutôt que des transformations, il est difficile à un vétéran de la science de suivre un mouvement aussi rapide, et dès lors son enseignement rétrograde, car, dans cette marche, on pourrait presque dire cette course en avant, l'état stationnaire est impossible.

Il ne faut pas oublier que les conditions de l'enseignement

se sont considérablement modifiées dans les vingt on trente dernièree années. On a accrn dans de fortes proportions le nombre des chaires magistrales; on a organisé l'enseignement auxiliaire et complémentaire des agrégés; on a fait on l'on fera certainement nne part non moins large à l'enseignement libre; lee journaux, les recueils, les revues, qui se sont multipliés à l'infini, nous apportent et répandent partont les leçons faites à l'étranger. Il y a donc émulation partont, émnlation en qnelqne sorte internationale entre les Universités on Facultés des divers pays, émulation dans nn même centre entre ceux qui, à nn titre qnelconque, enseignent dn haut d'une chaire. Or, dans cette concurrence générale, universelle, pour sontenir avec honneur l'eneeignement dont on est chargé, devoir d'antant plus étroit qn'on occnpe nne chaire magistrale, il fant une activité physique et intellectuelle, nne souplesse de corps et d'esprit qne, quelque bien doué que l'on soit, on perd avec l'âge. De rares exceptions ne sauraient infirmer cette loi fatale. Aussi la grande préoccupation du gouvernement doit être de concilier deux choees : l'intérêt de l'enseignement, qui prime tout, et la reconnaissance effective de l'Etat envers les maîtres pour lesqnels l'âge de la retraite a sonné.

Le décret du 28 décembre dernier répond-il à cette pensée? Voici ce que nous lisons à l'article 39 :

« Les professeurs titulaires ne penvent être admis à la retraite avant l'âge de soixante-dix ans, qne sur leur demande on en cas d'impossibilité constatée de remplir leurs fonctions. Les titulaires âgée de soixante-dix ans peuvent être maintenus en exercice, hors cadre, aprés avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique. La chaire qu'ils occupaient peut être déclarée vacante après avis de la section permanente, qui apprécie les conséquences d'ordre scientifique qui peuvent résnlter de cette mesure. Ils conservent la totalité de leur traitement s'ils continuent de prendre part à l'enseignement et aux examene; ils en conservent les trois quarts s'ils participent seulement à l'enseignement. Les dispositions qui précèdent ne sont applicables aux professeurs membres de l'Institnt qu'à l'âge de soixante-quinze ans. »

Ce qui frappe, dans la rédaction de cet article, c'est le défaut de précision. On a paru céder à l'expression nnanime de l'opinion publique en fixant à soixante-dix ans, c'est-à-dire à un point déjà reculé, la limite d'âge des professeurs; mais on e'est vite rattrapé par deux restrictions qui, si l'on ne veut pas se payer de mots, maintiennent en définitive les anciens errements : c'est d'abord l'institution des professeurs hors cadre, conservant toutes leurs attributions, y compris leur chaire, dont la vacance peut être ou ne pae être déclarée; en second lieu, l'extension à soixante-quinze ans de la limite d'âge pour les professeurs membres de l'Iustitut.

Les conséquences de cet article sont assez einguliéres en ce qui concerne l'enseignement chirurgical. On sait que l'administration de l'Assistance publique a fixé la limite d'âge à soixante-cinq ans pour les médecins et à eoixante-trois ans pour les chirurgiens des hôpitaux. En avançant de deux ans l'âge de la retraite pour les chirurgiens, elle a cédé probablement à cette pensée, fort rationnelle, que la main qui tient nn bistouri doit être eoustraite plus tôt à l'affaiblissement de l'âge que celle qui écrit simplement nne ordonnance. Or, ce même chirurgien, mis à la retraite à soixante-trois ans par l'administration de l'Assistance publique, gardera son service d'hôpital jnsqu'à soixante-dix ans s'il est professeur de clinique, et jusqu'à soixante-quinze ans s'il eet en même tempe membre de l'Institut. Sa main, grâce à ces deux titres, et de par le décret en qnestion, conservera la sûreté d'où dépend sonvent la vie des opérés.

Quand il s'agit d'une qnestion d'intérêt général, il faut savoir faire abstraction des personnes; il semble que les auteurs de l'article qne nous examinons n'ont pu se soustraire complétement à cette dernière influence. Pour les raisons que nons avons exposéee en commençaat, une limite d'âge est nécessaire; ei l'on veut qu'elle ait réellement des effets favorables à l'enseignement, il fant qn'elle ne soit pas trop reculée, et l'âge de eoixante-cinq ans paraît, sous ce rapport, préférable à celui de eoixante-dix; si l'on veut éviter toute intrigue, tout acte arbitraire et par conséquent injuste, cette limite doit être rigoureusement la même pour tous les professeurs. Il faut dès lors à tous accorder une retraite honorable, digne des services qu'ils ont rendus, suffisante pour épargner à leur vieillesse toute préoccupation d'ordre matériel.

Parmi ces professeurs, atteints par la limite d'âge, il peut s'en tronver, et il s'en tronve en effet, qui ont conservé une grande activité, qui poursuivent des recherches trop tôt interrompues, et qui peuvent rendre encore des services considérables à la science et à l'enseignement. Quand ils ont subi la loi commune et qn'ils ont été remplacés dans leur chaire, que l'on en crée une spéciale pour eux, chaire transitoire qui disparaitra avec le titulaire, mais qui permettra à ce dernier de donner à la science et au pays toute la eomme de force vive qu'il aura pu dépenser. C'est dans ces termes et dans ces limites que nous comprenons l'institution de professeurs hors cadre. Nous cessons de la comprendre et de l'admettre ei elle ne constitue qu'un moyen détourné de conserver l'ancien état de choees.

— La Cour de cassation a rejeté le pourvoi formé par le docteur W... contre l'arrêt de la Cour d'appel, confirmatif du jugement du tribnnal de la Seine, qui l'avait condamné pour violation du secret professionnel, dans l'affaire dn peintre Bastien-Lepage. La jurisprndence que cet arrêt consacre rend, dans bien des circonstances, la situation du médecin extrêmement difficile et délicate. L'nne des questions qu'elle soulève, à savoir l'étude de cette même jurisprndence dans ses rapports avec la déclaration des décés, sera l'objet d'un rapport et d'une discussion devant la prochaine assemblée générale de l'Association des médecins de France. Nous aurons à revenir sur cette question, comme eur bien d'autres. Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer dès à présent qne ei le médecin, dans l'exercice de sa profession, est tenu sans conteste, en ce qui concerne le secret professionnel, au respect de la loi ou de la jurisprudence qui a force de loi, il a en lui-même un guide, un juge, dont il ne saurait non plus, dans telle circonstance, étouffer la voix et dédaigner les conseils : ce guide, ce juge, c'est sa conscience.

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

Banquet de l'union des syndicats médicaux de la Gironde. — On est toujours sûr de trouver la Gironde à la tête du mouvement professionnel. L'union des syndicats girondins a offert le 5 de ce mois, aux sénateurs et aux députés de ce départe-

ment, un banquet auquel avaient été conviés et assistaient les principaux dignitaires de l'Association médicale, entre autres le président. Le but poursuivi par les organisateurs était d'intéresser à la cause de nos revendications professionnelles les membres du parlement présents à ce banquet et de cimenter la bonne harmonie entre les syndicats et l'Association des médecins de la Gironde. A en juger par les divers toasts qui ont été portés, ce but a été parfaitement atteint et il est à désirer que l'exemple donné par nos confrères bordelais trouve des imitateurs dans tous les départements.

—Un nouveau mode de recrutement des médecins de l'Assistance publique. — Le nouveau mode de recrutement dont il s'agit est assez original; il nous vient de la Belgique. Un correspondant du Scalpel, médecin du bureau de bienfaisance et de l'hôpital de Merxem-les-Anvers, écrit à ce journal :

« Par lettre du 14 décembre dernier, les administrations des bureaux de bienfaisance et de l'hôpital me font connaître que la place de médecin sera donnée, *par adjudication*, au moins offrant, samedi prochain, à 4 heures. »

Ce qui ajoute à la curiosité du fait, c'est que le médecin en question n'est pas arrivé au terme de son mandat. En présence de la dépossession dont il est menacé, il a envoyé du papier timbré aux présidents des administrations et au bourgmestre.

Cette mise en adjudication du titre et des fonctions de médecin d'hôpital à l'instar de celle des fournitures d'épiceries ou de charbon fait véritablement rêver. Nos administrations françaises ne sont pas encore à la hauteur des administrations belges; espérons qu'elles n'y atteindront jamais.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Nadaud (d'Angoulême), et de M. le docteur Petithien (Louis-Eugène), médecin aide-major à l'Hôpital militaire de Marseille.

***

Faculté des sciences de Marseille. — Par arrêté ministériel, en date du 13 janvier 1886, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Marseille est déclarée vacante.

***

Concours de l'agrégation en médecine. — Voici les sujets de thèses données aux candidats et tirés au sort dans l'ordre suivant :

1. M. Lemoine : Antisepsie médicale. — 2. M. Moussous : De la mort chez les phthisiques. — 3. M. Parisot : Pathogénie des atrophies musculaires. — 4. M. Sardat : Des migraines. — 5. M. Simon . Des fractures spontanées. — 6. M. Weill : Des vertiges. — 7. M. Dubreuilh : Des immunités morbides. — 8. M. Brousse : De l'involution sénile. — 9. M. Chuffard : Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané.—10. M. Ballet : Langage intérieur et diverses formes de l'aphasie.

11. M. Barth : Le sommeil non naturel, ses diverses formes. — 12. M. de Beurmann : De la médication abortive. — 13. M. Brissaud : Paralysies toxiques. — 14. M. Chauffard : Des crises dans les maladies.—15. M. Déjerine : De l'hérédité dans les maladies du système nerveux. —16. M. Gaucher : Pathogénie des néphrites. — 17. M. Letulle : Pyrexies abortives. — 18. M. Boinet : Parentés morbides.—19. M. Grenier : Localisations dans les maladies nerveuses. — 20. M. Loher : Paralysies, contractures et affections douloureuses de cause psychique. — 21. M. Launois : Nosographie des chorées.

— M. le professeur Bernheim (de Nancy) a donné sa démission de membre du jury du concours de l'agrégation de médecine.

***

Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille. — MM. les élèves en médecine et en pharmacie de l'Ecole de Marseille ont offert aux hospices de cette ville une somme de 19,455 fr. 55 c., produit net des bals de charité qu'ils ont donnés ces dernières années, en exprimant le désir que l'administration fasse édifier un bâtiment d'isolement pour le traitement des enfants atteints de maladies contagieuses ou épidémiques.

Accédant aux vœux de ces généreux donateurs, la Commission administrative des hospices a fait dresser le devis de la construction demandée, qui va combler une lacune regrettable, depuis longtemps signalée. Les travaux seront entrepris incessamment.

***

Hôpitaux de Paris. — Les mutations suivantes dans les services de chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris auront lieu le 23 janvier 1886, par suite du dédoublement des services de chirurgie de l'hôpital Lariboisière : M. le docteur Périer prend le troisième service de chirurgie à l'hôpital Lariboisière et M. le docteur Delens prend celui des maladies des yeux au même hôpital, avec engagement d'y rester pendant cinq années; M. le docteur Gillette remplace M. Périer à Saint-Antoine; M. le docteur Berger remplace M. le docteur Gillette à l'hôpital Tenon; M. le docteur Peyrot, chirurgien du Bureau central, remplace M. Berger à Bicêtre, et M. le docteur Bouilly, chirurgien du Bureau central, remplace M. Marchand, chirurgien-adjoint de la Maternité, et chargé du service d'accouchements de l'hôpital Cochin.

***

Assistance publique. — La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont concouru en 1885-1886, aura lieu le mercredi 27 janvier 1886, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. Dans cette même séance aura lieu la proclamation des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours qui viennent de se terminer.

Ils entreront en fonctions le 1er février.

***

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 16 janvier 1886, M. Ballay, ancien médecin de la marine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

***

Prix de médecine navale. — Le ministre de la marine a décidé que le prix de médecine navale pour l'année 1885 serait décerné au médecin de marine de première classe, M. le docteur Bellamy, du port de Brest, pour un remarquable rapport sur le service médical du Haut-Sénégal.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1885.

259. M. Compain. Contribution à l'étude des injections hypodermiques de chlorhydrate de cocaïne. — 260. M. Bermont. Contribution à l'étude des signes physiques des anévrysmes artériels et

particulièrement des anévrysmes intra-thoraciques. — 261. M. Carillon. Observations sur la tuberculose. — 262. M. Chapard. La roséole squameuse dans ses diverses formes. — 263. M. Notin. Etude sur les papillomes simples. — 264. M. Bourguet. Cautérisation dans les tumeurs récidivantes. — 265. M. Roger. Etude comparative de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie dans le traitement du genu valgum. — 266. M. Boudon. Etude critique sur l'opération césarienne et l'opération de Porro. Manuel opératoire.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 10 AU SAMEDI 16 JANVIER 1886.

Fièvre typhoïde 21.—Variole 12.— Rougeole 25. — Scarlatine 5. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 32 — Choléra 0. — Dysentérie 0 — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 9. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 47. — Phthisie pulmonaire 176.— Autres tuberculoses 29. —Autres affections générales 74 — Malformation et débilité des âges extrêmes 69. — Bronchite aiguë 48. — Pneumonie 134. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 21. — au sein et mixte 21. — Inconnu 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 91. — de l'appareil circulatoire 86. — de l'appareil respiratoire 110. — de l'appareil digestif 50 — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu laineux 7. — des os, articulations et muscles 8 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 22 — Causes non classées 11. — Total de la semaine : 1138 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De l'hystérie chez les enfants, par le docteur Puigniez, 1 vol. in-8.—Prix : 4 fr.—Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (tome II), 1884-1885), par S. Jaccoud, professeur de clinique à la Faculté de Paris, etc. Un vol. in-8 avec 36 figures intercalées dans le texte. — Prix : 15 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Physiologie de la voix et du chant, hygiène du chanteur, par le docteur Gougenheim et M. Lermoyez, 1 vol. in-18 avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Des influences modificatrices de l'organisme dans leurs rapports avec la maladie, par le docteur Andrieu. Un vol. in-8. — Prix : 3 fr.— Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Les champignons supérieurs. Physiologie. Organographie. Classification, par Forquignon (L.), professeur à la Faculté des sciences de Dijon. Avec un vocabulaire des termes techniques. Un volume in-18 cartonné diamant, avec 105 figures. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etude critique sur l'opération césarienne et l'opération de Porro (Manuel opératoire), par le docteur Boudon. Un vol. in-8.—Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 5 30 JANVIER 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

M. JULES GUÉRIN

Le doyen de la presse médicale française, le fondateur du journal où nous lui rendons en ce moment un suprême hommage, M. Jules Guérin vient de succomber à Hyères à l'âge de 85 ans. Sa mort laissera un grand vide, moins dans la presse, d'où il s'était retiré il y a près de vingt années, qu'au sein de l'Académie de médecine où il prenait une part active à la plupart des discussions.

M. Jules Guérin est né le 11 mars 1801 à Boussu, ville française à cette époque, passée depuis à la Belgique (province de Hainaut). Il commença ses études à Soignies et les termina à la faculté de Louvain. En 1821 il vint à Paris, où il fut l'élève de Chaussier, de Boyer et de Roux. Il fut reçu docteur en 1827; sa thèse inaugurale a pour titre : *L'observation en médecine.* Elle porte l'empreinte des fortes études littéraires et philosophiques par lesquelles le jeune docteur s'était préparé à la brillante carrière qu'il devait parcourir. Son œuvre scientifique est considérable, et nous ne saurions ici en ébaucher même un aperçu. Comme écrivain, soit qu'il développât ses propres idées, soit qu'il soumît à un examen critique celles des autres, on peut dire qu'il a touché à tous les sujets. Comme praticien, il s'était plus spécialement circonscrit dans l'étude et le traitement des difformités, et il avait promptement acquis en orthopédie une grande et légitime notoriété.

En 1837, à l'occasion d'un concours pour le grand prix de chirurgie, il réunit en un faisceau les résultats de ses expériences et de ses recherches sur les difformités du système osseux; son travail remarquable fut l'objet d'un rapport des plus élogieux de la part de la commission académique et obtint le prix. Avec les additions qu'il y a faites depuis, cet ouvrage, qui ne comprend pas moins de 16 volumes in-folio de texte, avec 100 tableaux et 400 planches, constitue un véritable monument dont l'importance même et l'étendue, en raison des frais considérables qu'elles devaient entraîner, ont empêché la publication. Il a fait, il y a quelques années, pour surmonter cette difficulté, un dernier effort qui n'a pas été entièrement couronné de succès.

M. Jules Guérin n'a pas exercé sur le mouvement scientifique de son époque l'influence que ses travaux lui permettaient d'espérer. Il était peu connu de la jeunesse des écoles et, dans ces nombreux mémoires ou thèses dans lesquels les élèves, s'inspirant le plus souvent des idées d'un maître, établissent sur telle question à l'étude le bilan de la science, son nom était le plus souvent omis. Il souffrait beaucoup de ces oublis, qui n'étaient parfois que des dénis de justice. Il a subi sous ce rapport la loi pénible qui pèse en France sur ceux qui n'occupent pas de situation ou de chaire officielle. Il avait essayé d'y suppléer par des cours libres et avait installé un petit amphithéâtre, avec un musée pathologique, dans ce vaste hôtel de la rue Chanoinesse qu'il a occupé durant de longues années. Mais l'enseignement libre, dans les conditions où il voulait l'inaugurer, n'est pas dans nos mœurs, et le petit amphithéâtre restait vide. Il faut reconnaître, du reste, que M. Jules Guérin n'avait pas les qualités voulues pour faire école en groupant autour de lui une phalange de jeunes travailleurs qui, liés par la reconnaissance et l'affection, propagent, défendent les enseignements du maître et, de disciples, deviennent et restent plus tard des amis.

Mais si M. Guérin a manqué d'une chaire pour exposer magistralement ses idées, ses théories, ses doctrines et asseoir ainsi son autorité scientifique, il a eu pour les défendre deux tribunes bien puissantes pour un lutteur comme lui : la presse et l'Académie.

C'est en 1830 qu'il a fondé la GAZETTE MÉDICALE, transformation de la GAZETTE DE SANTÉ, réunie l'année suivante à la CLINIQUE DES HÔPITAUX. Pendant près de quarante ans, il a dirigé ce journal qui, sous sa vigoureuse impulsion, prit, dès le début, le plus brillant essor. Dans ce labeur quotidien et encyclopédique qu'impose la direction d'un journal, il s'est montré penseur original, écrivain de talent, critique autorisé, polémiste redoutable. Il a su s'entourer, comme collaborateurs, des hommes les plus distingués, des maîtres les plus éminents, sans rien perdre de son autorité, sans rien abdiquer de sa personnalité qu'il a constamment affirmée, qui parfois même était un peu débordante. Parmi les vétérans actuels de la presse médicale, beaucoup ont fait leurs premières armes sous sa direction. Il s'entendait merveilleusement à découvrir les talents et à pressentir les questions qui, dans un avenir plus ou moins prochain, devaient captiver l'attention du monde savant. Il a su imprimer au journalisme médical un caractère d'indépendance et d'honnêteté scientifiques dont la tradition ne se perdra pas. On l'appelait volontiers *le Girardin de la presse médicale*; cette dénomination ne lui déplaisait pas. Nous ne voulons pas rechercher ce qu'elle peut avoir de vrai et de flatteur; il nous suffit de dire qu'il a été et res-

tera l'un des publicistes dont la presse médicale doit inscrire glorieusement le nom dans ses annales.

En 1842, M. Guérin fut nommé à l'Académie de médecine, dans la section de pathologie médicale. Il est peu de membres de cette Compagnie qui, pendant une longue période de 44 ans, et jusqu'au dernier moment, aient donné des preuves d'une activité comparable à la sienne. Esprit essentiellement généralisateur, il faisait découler les faits des principes qu'il avait admis, plutôt qu'il ne remontait des faits aux principes. Très habile à tirer de ces mêmes principes tous les corollaires, toutes les conséquences qui en pouvaient résulter, il était toujours prêt, dans un cas donné, à émettre un avis et à le défendre de par les règles de la logique. Parmi les données synthétiques qui constituaient pour lui comme un arsenal où il puisait largement soit pour l'attaque, soit pour la défense, on peut citer : le rôle de la rétraction musculaire dans l'étiologie des difformités ; l'action de la fonction sur l'organe ; la théorie de l'organisation immédiate, substituée à l'inflammation adhésive de Hunter, et base de la méthode sous-cutanée ; les formes ébauchées des maladies dont la diarrhée prémonitoire du choléra est l'exemple le plus frappant ; le mécanisme de l'exhalation et de la sécrétion des séreuses, etc. Ainsi armé, M. Guérin n'était jamais pris au dépourvu et, avec la force de dialectique dont il était doué, il était toujours un adversaire redoutable. Qui n'a gardé le souvenir de ses luttes académiques, véritables tournois d'éloquence, avec Malgaigne, Velpeau, Depaul, Bouley, etc. Le nombre, pas plus que la valeur de ses contradicteurs, ne l'intimidait ; il tenait fièrement tête à l'Académie tout entière, savait forcer l'attention et arrachait à ceux-là mêmes qui protestaient le plus contre ses théories, une admiration réelle pour la vigueur et la souplesse de son esprit. Il était né pour la lutte, et sa vaillance d'athlète semblait résister aux atteintes de l'âge.

Le travail de publiciste, les discussions académiques, les préoccupations d'une clientèle assez étendue, ne suffisaient pas à l'activité de M. Guérin. Il aimait les arts, surtout la musique. Il a composé un opéra, qui est resté inédit. Il était un des habitués de l'Académie nationale de musique. L'agronomie avait aussi fixé son attention et, pendant de longues années, il a consacré un temps et des sommes considérables à l'exploitation d'une terre importante qui avait appartenu à la famille d'Orléans. Depuis deux ou trois ans, il se serait laissé séduire, nous a-t-on dit, par la perspective de lutter contre le phylloxéra et aurait entrepris des travaux de viticulture. En multipliant ainsi les sources de son activité, il semblait puiser de nouvelles forces, et sa verte vieillesse faisait l'admiration de tous.

Cependant le goût et les aptitudes qu'il avait pour les discussions, pour la controverse, le faisaient plus redouter qu'aimer de ceux qui avaient avec lui des contacts journaliers. On l'écoutait volontiers, on applaudissait à ses ripostes vigoureuses, à son argumentation serrée, mais on n'en faisait pas moins le vide autour de lui ; il n'avait pas ce qui attire, ce qui force et retient les sympathies, et son crédit était plus grand au dehors que dans le monde médical où il vivait. Deux fois, les portes de l'Institut lui ont été entr'ouvertes, et il a pu se bercer d'un espoir qui plus tard ne s'est pas réalisé. A l'étranger, il jouissait d'une grande notoriété ; son talent d'écrivain en particulier était fortement et justement apprécié.

M. Guérin, pour nous résumer, est une des figures originales de notre époque qui ont plus à espérer qu'à craindre du jugement de la postérité. La GAZETTE MÉDICALE conservera précieusement les bonnes traditions qu'elle lui doit ; c'est le meilleur hommage qu'elle puisse rendre à la mémoire de son éminent et regretté fondateur.

Dr F. DE RANSE.

PHYSIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

De l'influence des boissons sur la nutrition et dans le traitement de l'obésité, par Albert ROBIN, professeur agrégé, médecin de l'hospice des Ménages.

I

Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. le Dr Debove a rappelé l'attention sur le rôle de l'eau dans la nutrition, et son intéressante communication a donné lieu à un échange d'observations du plus haut intérêt sur cette question jusqu'ici controversée.

Je voudrais aujourd'hui entrer dans le débat en apportant des arguments qui, je l'espère, pèseront d'un certain poids dans la solution du problème.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Janvier 1886.

Les commissions administratives des hôpitaux et les nominations et convocations des médecins à Bruxelles, à Paris et en province. — Dechambre et son monument scientifique. — Dechambre versificateur loué par Chereau. — Le secret médical aujourd'hui et au XVIe siècle. — Des vers d'Ambroise Paré et de Ronsard. — M. Paul Bert au Tonkin.

Tandis qu'à Paris un de nos plus remarquables professeurs, M. Vulpian, prend de lui-même, et bien prématurément, sa retraite de médecin des hôpitaux, à Bruxelles, nous voyons une administration incompétente donner, sans avertissement, leur congé à des médecins estimés, pour les remplacer arbitrairement par des hommes à sa dévotion, dont nous ne discutons pas les titres ; nous nous bornons à signaler l'inconvenance du procédé. Aussi les étudiants de l'Université libre de Bruxelles protestent-ils par une abstension rigoureuse contre le passe-droit dont leurs maîtres MM. Crocq, Thiry et Deroubaix ont été frappés.

Hélas ! ce qui vient de se passer à Bruxelles, se réalise à tout instant en France, mais non à Paris, où de sages règlements fixent une limite d'âge aux médecins des hôpitaux et où un concours sérieux recrute les membres nouveaux d'une des corporations les plus dignes. En province, par contre, dans un grand nombre des villes où existent des hôpitaux, ce n'est pas l'intérêt des étudiants, non plus que l'intérêt des malades que consultent les membres, presque toujours récusables au point de vue scientifique, des commissions administratives ; ils se laissent plutôt guider par l'intrigue, les influences politiques ou religieuses, et d'autres misérables considérations d'un genre plus ou moins analogue (parenté, recommandations, intérêt personnel, etc., etc.).

Et qui souffre de cet état de choses ? Les malades, que l'on oublie par trop dans ces choix discrétionnaires, souvent injustes, parfois iniques !

« Quidquid delirant reges, plectuntur Achivi. »

On est en droit de se demander s'il ne vaudrait pas mieux récla-

On a fait de nombreux travaux sur l'action que les grandes ingestions de liquide exercent sur la nutrition, et, malgré tout, ce sujet d'études revient, pour ainsi dire, périodiquement à l'ordre du jour, les uns tenant encore pour l'inactivité des liquides, les autres leur accordant une réelle influence.

Mais, pour se faire une opinion au milieu de toutes ces controverses, il importe de ne pas placer toutes les expériences sur le même plan et de tenir compte, avant tout, de celles où les expérimentateurs se sont mis, autant que possible, à l'abri de toutes les causes d'erreur. A cet égard, les travaux de A. Genth me paraissent occuper le premier rang. Aussi les ai-je choisis comme point de départ.

La conclusion qui découle de leur examen est que l'eau introduite en grande quantité dans l'estomac augmente dans une proportion plus ou moins grande la quantité de l'urée et des sels de l'urine. Mais on discute encore pour savoir si cette augmentation de l'urée dépend d'un meilleur lavage des tissus et par conséquent d'un entraînement plus parfait de l'urée normalement formée, ou si l'excès provient d'une augmentation de la désintégration.

Posée ainsi, la question risquerait fort de rester longtemps sans réponse, car elle passe sous silence un élément de la plus haute valeur, à savoir que l'élévation du chiffre de l'urée pourrait aussi dépendre, non d'une augmentation de la désintégration organique, mais bien des combustions élémentaires. Pour moi, la vérité est dans cette dernière hypothèse, et je vais le démontrer en appelant aussi à l'aide les recherches que j'ai effectuées autrefois, afin de pouvoir donner mon opinion personnelle dans le débat. Ces recherches ont confirmé, d'une part, l'assertion des auteurs qui attribuent aux liquides pris en abondance une action puissante sur les échanges tandis que, d'autre part, elles prouveront que ces échanges ne sont pas augmentés absolument, mais que l'évolution des produits désintégrés s'accomplit d'une manière plus parfaite.

D'abord, il me paraît incontestable qu'une partie de l'excédent d'urée a pour origine un lavage plus parfait des tissus. Et si les tissus et les humeurs sont mieux débarrassés des produits de leur désintégration, nul doute que le fonctionnement élémentaire ne bénéficie de cet entraînement. On pressent donc qu'en assurant l'intégrité de la dépuration élémentaire on va favoriser les oxydations organiques.

En effet, Forster prive un chien de toute nourriture pendant 7 jours : l'urée journalière oscille de 12 gr. 1 à 12 gr. 8 du 5e au 7e jour, c'est-à-dire que l'animal est arrivé à l'état d'équilibre azoté. On injecte alors dans l'estomac 3 litres d'eau. L'urée monte brusquement à 22 gr. 0. Un chien de Voit, privé d'eau, éliminait 16 gr. 7 d'urée ; on lui fait ingérer 1,957 grammes d'eau, l'urée s'élève à 21 gr. 3.

Que les boissons abondantes augmentent l'urée, voilà un fait mis hors de doute par les expériences que je viens de rapporter. Mais il s'agit de fixer la part qui, dans cette augmentation, revient au lavage des tissus et de montrer que cette part est minime vis-à-vis de celle qui dépend de l'augmentation des combustions.

La différence en urée est beaucoup trop considérable pour ne provenir que du lavage des tissus ; ensuite, dans les expériences de Voit, l'établissement de l'équilibre azoté égalisait à peu de chose près l'azote urinaire avec l'azote alimentaire. En admettant même que la différence constituât justement cette réserve qu'un excès d'eau entraîne, on obtiendrait au plus 15 à 20 0/0 de la quantité d'urée en excès. Le reste doit donc venir des tissus de l'individu en expérience.

Enfin, à toute destruction de matières albuminoïdes correspond une élimination de soufre aussi bien qu'une élimination d'azote, et c'est précisément ce qui arrive après l'ingestion d'une grande quantité d'eau, puisque Forster a vu l'acide sulfurique des sulfates monter de 1 gr. 263 à 1 gr. 563 après absorption de deux litres d'eau.

II

L'augmentation de l'urée après l'ingestion d'eau tient donc pour une faible part à un meilleur lavage des tissus et provient pour la plus grande partie des matières albuminoïdes de l'organisme.

Ceci passé, il faut déterminer si cette augmentation d'urée dépend d'un *accroissement de la désintégration organique* ou *d'une exagération des combustions*

J. Mayer, à la suite d'expériences fort bien conduites, conclut que l'eau en excès n'augmente pas la distraction des matériaux albuminoïdes. C'est aussi l'opinion de Rabuteau, de J. Hoffmann, de Bischoff, etc. Mais ces expérimentateurs s'appuient sur des observations dans lesquelles l'ingestion d'eau n'a pas produit ou n'a produit qu'une faible élévation de

---

mer le suffrage des malades qui, sans être plus incompétents, seraient au moins plus intéressés, dans le choix de leur médecin, que les administrations ou les membres de commissions des hospices.

***

Un des médecins les plus laborieux de notre siècle, journaliste intègre, esprit ouvert et des plus actifs, le docteur Amédée Dechambre, vient de mourir à l'âge de soixante-quatorze ans. Né à Sens, il fit, avant même d'être docteur, ses premières armes dans la GAZETTE MÉDICALE. Ce n'est qu'en 1844 qu'il reçut le titre de docteur, devant la Faculté de Strasbourg. En 1852, il s'attacha à la GAZETTE HEBDOMADAIRE, qu'il a dirigée jusqu'à sa mort. Mais son activité ne trouvait pas là des éléments suffisants. En 1863, il se mit à la tête de cette vaste publication (commencée, pour le premier volume seulement, avec le concours de M. Raige-Delorme), je veux parler du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, dont environ quatre-vingts volumes ont déjà été publiés. C'était là son grand œuvre, son vrai titre de gloire et l'objet à peu près constant de ses préoccupations. Il nous exposait lui-même, il y a quelques mois, les ennuis que lui causait cette publication dont il était si fier, et à juste titre. Il en voyait approcher le terme et en était heureux d'avance.

N'oubliant pas cependant la mort qui d'un jour à l'autre pouvait venir le frapper, il disait avec orgueil qu'il était sûr désormais de voir s'achever cette œuvre même sans lui. Puis il nous montrait ses déboires, un tel, noté comme érudit, lui ayant rempli d'erreurs son Dictionnaire dans les articles d'ailleurs si souvent insuffisants ou mauvais ou nuls qu'il avait signés. Tels autres faisant par trop attendre leur copie. Ainsi, il était plein d'anxiété de voir s'arrêter à l'article « Grossesse » la quatrième série du Dictionnaire. Il cherchait et avait même trouvé le moyen de passer par-dessus cet article que M. X... lui promettait depuis longtemps. Il y a tantôt neuf mois que Dechambre nous disait cela, et la *grossesse* n'est pas arrivée à terme.

***

Bienveillant, accueillant pour les jeunes, honnête, honorable et honoré, d'un esprit droit quoique sans grandes visées, Dechambre avait une faiblesse :

« Il n'est si bon cheval qu'il ne puisse broncher. »

l'urée; ils jugent, en un mot, de la quotité des destructions par le poids de l'urée.

Certainement, l'urée est en rapport étroit avec le taux des combustions, mais celles-ci dépendent aussi de la quantité des principes combustibles offerts à l'oxydation, et je ne trouve pas dans les expériences précitées d'indication bien nette sur le régime alimentaire. Et, quand je trouve ces indications, elles ne sont pas de nature à dissiper mes doutes. Aussi ai-je eu recours à un autre procédé qui consiste à comparer le poids de l'urée à celui de la totalité des matériaux solides éliminés par l'urine. Et pour faire ces calculs, j'ai pris les tableaux d'expériences de A. Genth, l'auteur qui me paraît avoir le mieux étudié la question et avoir conduit ses expériences, faites sur lui-même, avec la plus grande précision. Voici les résultats auxquels je suis arrivé :

Dans une première série d'expériences, faites « à Blanc », Genth éliminait 70 gr. 129 de matériaux solides, contre 43 gr. 269 d'urée, soit 61,6 d'urée pour 100 de matériaux solides. Il prend deux litres d'eau, en sus de son régime ordinaire; les matériaux solides s'élèvent à 73 gr. 057, l'urée à 48 gr. 359, soit 66, 1 % d'urée. Enfin, il porte l'eau à 4 litres; les matériaux solides s'élèvent à 75 gr. 358 et l'urée à 53 gr. 194, soit 70, 5 %.

TABLEAU I

Influence des boissons abondantes sur la nutrition. — Calculs d'après les chiffres de A. Genth.

Régime	Matériaux solides	Urée	Rapport de l'urée avec mat. solides
Régime ordinaire..	70 gr. 129	43.269	61.6
2 litres d'eau......	73 gr. 057	48.359	66 1
4 litres d'eau......	75 gr. 356	53.194	70.5

Il résulte de ces chiffres que l'ingestion d'une grande quantité d'eau *augmente les combustions*, ou, pour mieux dire, les oxydations, *sans augmenter parallèlement la désintégration organique*, puisque avec une augmentation de matériaux solides de 5 gr. 257, soit 7,5 %, l'urée s'élève de 9 gr. 925, soit 22,9 %.

Pour lever toutes les objections, j'ai repris l'expérience de A. Genth, et je suis arrivé à des résultats fort approchants, comme on peut s'en rendre compte dans le tableau ci-dessous :

TABLEAU II

Influence des boissons abondantes sur la nutrition.—Expériences personnelles.

Observations	Quantité d'urine	Densité	Matières solides	Urée	Rapport de l'urée aux matières solides
Moyenne de 5 jours...	1200	1023.5	65.75	32.52	49.4
Id. avec 1250 gr. d'eau.	2150	1013	65.33	34.76	53.2

La concordance est assez exacte, puisque, pour 1,250 gr. d'eau ingérée en plus, l'urée augmente de 2 gr. 24, soit 6,7 %.

Comme l'urée est le produit le plus parfait de l'oxydation des albuminoïdes, le rapport qu'affecte l'azote de cette urée avec l'azote total de l'urine pourrait servir à chiffrer le taux des oxydations élémentaires et être dénommé à ce titre : « *Coefficient d'oxydation.* »

D'une manière beaucoup plus approximative, on peut aussi prendre pour coefficient d'oxydation le rapport de l'urée aux matériaux solides envisagés en bloc. Ce coefficient est très variable suivant les individus, et les circonstances pathologiques, mais chez un même sujet, avec une alimentation identique, il suffit aux besoins de la clinique, et comme les tableaux précédents démontrent qu'il augmente avec l'ingestion d'eau, il vient confirmer encore la valeur attribuée à l'augmentation isolée de l'urée et contribue à établir que les liquides pris en abondance augmentent les oxydations sans augmenter parallèlement la désintégration organique.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

SUR DEUX CAS DE PNEUMONIE MASSIVE. — Observations recueillies à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le docteur RAYMOND, par M. DUBIEF, interne du service.

Depuis le remarquable mémoire de M. le professeur Gran-

Dechambre avait la faiblesse de faire des vers, que dis-je, une faiblesse; il en avait bien deux, car, à celle déjà fort déplorable de rimer, il joignait celle, plus dangereuse encore, de livrer à la publicité les élucubrations de sa muse rétive. Son journal, il y a trois ans à peine, offrait en étrennes à ses abonnés un préambule rimé résumant les devoirs professionnels du médecin. Le fond de cette pièce est excellent, j'en conviens, et nul mieux que Dechambre n'était en mesure de réglementer la déontologie médicale. Il l'a d'ailleurs si bien fait en prose. Mais pourquoi l'avoir versifiée! Dans cette indigeste, incomplète, inexacte et mauvaise (car elle est dépourvue de toute critique) compilation, *le Parnasse médical français*, feu Achille Chereau a donné une place des plus brillantes à Amédée Dechambre. Chereau se prend même à regretter ce qui n'a pu être publié : « Les incendies allumés sous la Commune et dont M. Dechambre a été une des victimes les plus éprouvées, dit-il, p. 153, lui *a* (sic) dévoré un petit manuscrit de 1,500 à 1,800 vers. » « Les poésies du rédacteur en chef de la GAZETTE HEBDOMADAIRE se lisent et, ajoute Chereau, se scandent avec plaisir. »

Se scandent avec plaisir !... Encore si Chereau les citait sans les rendre boiteux: « Le morceau sur les Pyréoées (64 vers) offre des passages d'une grande beauté. Il n'était guère possible de saisir une poésie plus vigoureuse, plus acérée, pour buriner l'image de cette nature bouleversée :

Vastes blocs accroupis comme des sphynx géants;
Pics inclinés pour voir dans les gouffres béants...
Pyramides de rocs, tours pleines d'effroi,
Où le tonnerre sonne un étrange beffroi... »

Je continue de citer Chereau : « On voudra lire aussi les strophes consacrées à la mémoire de Bichat. On sera profondément ému en scandant l'élégie inspirée par un douloureux épisode médical. On applaudira le *Discours* (en vers) lu au banquet annuel du collège de Sens (Paris, 1850, in-8 d'un quart de feuille). Mais la perle de l'écrin poétique de M. Dechambre, c'est, pensons-nous, *la Visite*, où le portrait moral et physique de Récamier *y est* si finement photographié que tout le monde y a reconnu l'heureux praticien. »

Je n'en reproduirai que quelques vers dont un estropié :

« . . . .
Un jour, il fut prié, par une lettre expresse,

cher, la pneumonie massive est bien connue; cependant, comme le nombre des cas où il est donné de l'observer est peu considérable, il nous a paru intéressant d'en publier deux exemples que nous avons pu étudier récemment, à quelques jours d'intervalle.

Nos observations présentent cela de particulier que, dans ces deux faits, la pneumonie était accompagnée et masquée par des complications pleuro-péricardiques qui en rendaient le diagnostic particulièrement difficile. Le second cas a évolué complètement sous nos yeux, et nous avons pu observer les accidents à leur début.

Observation I.—La nommée S..., âgée de 26 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Raymond, salle Corvisart, lit n° 6. Elle exerce la profession de domestique, faisant à la fois la cuisine et le ménage dans une maison bourgeoise. Son père et sa mère sont encore vivants et bien portants. Son enfance et son adolescence se sont passées sans maladies. Elle a été réglée à 15 ans, et depuis lors la menstruation a toujours été régulière. A l'âge de 20 ans, une grossesse normale terminée par un accouchement normal : l'enfant est mort en nourrice (athrepsie?). C'était donc une femme habituellement bien portante; pas d'alcoolisme appréciable.

Le 3 novembre 1885, à la suite d'un travail exagéré suivi d'un refroidissement, elle est prise vers quatre heures du soir d'un malaise général, de quelques petits frissons suivis bientôt d'une douleur de côté à gauche et d'un peu de toux.

La nuit qui suivit, elle eut de la fièvre, de l'agitation, de la dyspnée modérée et de la diarrhée qui s'arrêta spontanément.

Cet état se prolonge en s'accentuant; elle ne se souvient pas d'avoir observé une expectoration particulière, ni de crachats sanguinolents.

Elle entre le 6 novembre, dans l'après-midi. Examinée au moment de son entrée, elle se plaint surtout d'un point de côté au-dessous du sein gauche et d'une dyspnée continuelle qui l'empêche de dormir et rend sa parole entrecoupée. La température vaginale est de 39°,5; le pouls est à 120. L'appétit est perdu, l'anorexie complète. La langue est sèche, rôtie, couverte d'un enduit brunâtre. La soif est vive. Légère douleur dans la fosse iliaque droite. Le ventre est normal.

En examinant les organes thoraciques, on constate les phénomènes suivants : du côté droit, la sonorité est conservée dans toute la hauteur du poumon, en avant comme en arrière. A gauche, en arrière, matité assez considérable jusqu'au niveau de l'angle de l'omoplate; plus haut, il y a seulement de la sub-matité. En avant, la pointe du cœur paraît à sa place, mais elle est difficile à sentir et à délimiter nettement; la matité remonte presque au sommet de l'aisselle. La sonorité sous-claviculaire est diminuée, mais sensible.

La poitrine est légèrement mais nettement amplifiée du côté gauche; les vibrations vocales sont considérablement diminuées, mais sensibles cependant.

L'auscultation fait entendre du côté droit une respiration supplémentaire considérable : la respiration est rude et entremêlée de râles fins à la base. Du côté gauche, à la base de la poitrine, le silence est presque complet; à mesure que l'on remonte, on entend un souffle d'abord très lointain, devenant un peu plus rude au niveau de la fosse sous-épineuse, entendu aux deux temps de la respiration. Au sommet, quelques râles sous-crépitants fins. En avant, du même côté, on entend quelques frottements à la région mammaire, surtout dans les inspirations forcées. Dans la région axillaire, les caractères de l'auscultation sont identiques à ceux qu'on rencontre en arrière.

L'auscultation du cœur ne fait constater aucun phénomène spécial, si ce n'est la faiblesse des bruits normaux.

Le 7 novembre, la nuit a été des plus mauvaises. La malade a été prise d'un délire violent avec une agitation qui a nécessité l'emploi de la camisole. Ce matin, elle est plus calme et peut répondre aux questions. T. M. 39°,6.

Les phénomènes physiques se sont modifiés; la matité est absolue dans tout le côté gauche, les vibrations vocales abolies.

L'auscultation fait entendre en haut un souffle lointain avec quelques râles disséminés.

Quelques crachats muco-purulents striés d'un peu de sang, sans caractères spéciaux.

En présence de ces symptômes, on porte le diagnostic de congestion pulmonaire avec léger épanchement pleural.

La pointe du cœur n'étant pas déviée sensiblement, l'ampliation de la poitrine étant peu accusée, on décide de ne pas ponctionner, malgré la dyspnée. Traitement : ventouses, cordiaux, éther. T. S. 40°.

Le 8 novembre. — Le délire s'est de nouveau montré et se maintient en permanence; le pouls est petit et à 130 pulsations. Les phénomènes physiques du côté du poumon sont restés les mêmes; l'auscultation de la région précordiale fait entendre un bruit de frottement péricardique évident surtout au niveau du bord gauche du sternum.

L'état général est plus mauvais, l'adynamie s'est prononcée; la dyspnée paraît diminuée. T. M. 40°,2; T. S. 40°,5.

Le 9 novembre, la malade meurt dans la matinée, au sixième jour de sa maladie.

D'aller, dans un logis dont on donnait l'adresse,
Visiter au plus tôt madame Bourrichon.
« Bourrichon, se dit-il, est-ce que c'est un nom?
« Je n'ai jamais connu, certes, d'Adam ni d'Eve,
« Madame Bourrichon. D'ailleurs, si je ne rêve,
« Dans ce cul-de-sac sont des bouges affreux,
« Où le prix de mes soins est trop baut pour des gueux. »

Et c'est là, d'après Chereau, la perle de l'écrin poétique de M. Dechambre. Oh! monsieur Chereau, vous avez voulu faire plaisir à M. Dechambre! Vous auriez mieux fait de vous souvenir du pavé de l'ours de la fable de Lafontaine :

« Mieux vaudrait un sage ennemi. »

***

Heureusement Dechambre nous a laissé un livre d'une grande valeur morale et professionnelle et dont tous les médecins feraient bien d'appliquer les préceptes. C'est le vrai Code du praticien, et dont il a d'autant plus besoin aujourd'hui que les tribunaux semblent se montrer bien sévères pour les infractions du secret professionnel. Le docteur Watelet, en effet, vient d'avoir en Cour d'appel son premier jugement confirmé, et cela pour avoir cherché à défendre la mémoire d'un peintre dont il était l'ami, mais dont malheureusement il était aussi le médecin.

Et dire que nos ancêtres, pour donner plus d'autorité à leurs assertions quand ils citaient quelque fait extraordinaire, étaient heureux de pouvoir donner les noms et prénoms de leurs sujets. Ouvrez Ambroise Paré, vous y lirez (p. 1,213, 4ᵉ édit.) : « A la ville de Lectoure en Gascogne, une fille enfanta à neuf ans, et est encore vivante, nommée Janne du Perie, qui fut mariée à Videau Becbe, en son vivant receveur des amendes pour le roi de Navarre audit lieu », etc.—Au 20ᵉ livre, *De la petite vérole et lèpre*, on lit : « Monsieur le Comte Charles de Mansfeld, naguères estant malade d'une grande fièvre continue à l'hostel de Guise, a jetté par la verge une certaine matière semblable à un animal dont la figure, etc... » Et il en est de même presque à chaque page. Je me contenterai de faire observer la précision qu'il affecte de donner à ses renseignements sur les noms et demeure des sujets de ses observations.

***

Mais voilà que, citant Ambroise Paré, je m'aperçois qu'Ambroise Paré lui aussi, à l'instar de Dechambre, a fait des vers. Et pour-

Autopsie. — Le 10 novembre, lorsqu'on a enlevé le plastron sternal, on voit que du côté droit la plèvre est saine, sans adhérences ni liquide Du côté gauche, la surface de la plèvre dans les deux tiers inférieurs du poumon, les plèvres médiastine et diaphragmatique, sont couvertes d'une fausse membrane fibrineuse de formation très récente, peu adhérente et sans brides fibreuses anciennes; le péricarde, surtout au niveau du point où il se réfléchit sur les gros vaisseaux de la base du cœur, est tapissé par un produit analogue. Le liquide contenu dans la plèvre peut être évalué à 100 grammes.

Le poumon gauche, sorti de sa loge, forme un bloc dur, pesant, comme fibreux : à la coupe, il a un aspect bigarré, marbré; absolument imperméable à l'air; il est grisâtre, et, lorsqu'on le presse, on fait sourdre un exsudat purulent. Le sommet, dans une toute petite étendue, est encore à la période d'hépatisation rouge.

Les grosses bronches sont oblitérées par un bouchon plein non tubulé; si on vient à saisir cet exsudat avec une pince, on voit que, n'étant pas adhérent, il cède facilement sous la traction. Si on place dans un vase plein d'eau l'exsudat fibrineux ainsi retiré, on voit qu'il se présente avec des divisions en forme d'arborisation reproduisant le moule des bronches qui le contenaient; l'examen histologique, rapidement fait, montre qu'il est formé de fibrine englobant nombre de leucocytes. Le poumon droit est simplement congestionné; il crépite sous le doigt et surnage dans l'eau. Le cœur, les reins, le foie, le cerveau et les autres organes sont sains.

Observation II. — La nommée H... (Pascaline), âgée de vingt ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le docteur Raymond, salle Corvisart, lit no 11. Elle exerce la profession de domestique; elle n'a jamais été malade. Pas d'antécédents héréditaires, pas de grossesse.

Elle entre à l'hôpital le 5 novembre 1885 pour une attaque franche de rhumatisme articulaire aigu dont elle souffrait déjà depuis plusieurs jours. Sous l'influence de 6 grammes de salicylate de soude, les accidents cèdent rapidement, la fièvre tombe, les jointures redeviennent libres, la malade peut manger. Cependant, le 9 novembre, on constate des signes non douteux d'endocardite au niveau des valvules mitrale et aortiques. On applique des ventouses scarifiées au niveau de la région précordiale et on recommande à la malade le repos au lit. Mais, malgré ces recommandations, ne se sentant pas malade, elle s'expose au froid et se lève constamment sans être habillée.

Le 11, au soir, elle se refroidit plus que de coutume.

Le lendemain, 12, elle est prise de malaise général, d'anorexie, de courbature. Dans la journée, elle a plusieurs frissons, et le soir la température atteint 39°.

Le 13 novembre, T. le matin 40°,8. La malade est abattue et se plaint de la difficulté qu'elle a de respirer. Pas de point de côté.

L'examen de la poitrine révèle du côté droit un affaiblissement des vibrations vocales, une submatité ne remontant pas au-delà du tiers inférieur du poumon droit. A l'auscultation, on perçoit un souffle lointain aux deux temps de la respiration. Du côté gauche, signes de congestion pulmonaire. On pense que sous l'influence du coup de froid la malade a gagné une congestion pulmonaire et un peu de pleurésie droite.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gramme; potion avec 1 gr. d'alcoolature de racine d'aconit. T. du soir, 41°,2.

Le 14 novembre, T. le matin 41°. Depuis le matin, la malade crache le sang. L'expectoration sanguinolente est spumeuse, aérée, non adhérente au vase, franchement sanglante, et en quantité suffisante pour remplir plusieurs crachoirs.

L'anxiété et la dyspnée sont considérables. Du côté des signes physiques, la matité a augmenté et remonte presque jusqu'en haut de la poitrine. Le murmure vésiculaire et le souffle qui existait la veille ont totalement disparu. Les vibrations vocales persistent encore, bien que très affaiblies. On fait couvrir la poitrine de ventouses sèches. Bien que la présence d'une certaine quantité de liquide ne paraît pas faire de doute, on recule devant la ponction dans la crainte légitime de voir augmenter la congestion pulmonaire. T. le soir 41°.

Le 15 et le 16 novembre, les phénomènes fonctionnels et physiques restent les mêmes. La température se maintient au voisinage de 41°. L'expectoration sanguinolente se maintient avec les mêmes caractères.

Le 17 novembre, T. le matin 40o,6. La malade se plaint d'un violent point de côté. On décide de tenter une ponction pour essayer de la soulager. Le trocart fin de l'appareil aspirateur Potain est enfoncé à plusieurs reprises sans amener de résultat. Une ponction faite sous la clavicule amena cependant quelques grammes d'un liquide séreux légèrement teinté en rose.

En présence de cet insuccès, on émit l'hypothèse d'une pneumonie masquée par un épanchement assez peu abondant pour ne pouvoir donner du liquide par la ponction. Ce diagnostic n'était d'ailleurs rien moins qu'assuré en l'absence de signes.

La malade meurt dans la nuit du 17 au 18 novembre, au sixième jour de sa maladie.

Autopsie. — Le 19 novembre, après avoir ouvert la cavité thoracique, on constate que, du côté gauche, la plèvre ne contient aucune trace de liquide; du côté droit, la plèvre est recouverte sur ses deux feuillets, d'un exsudat fibrineux récent et peu abondant; elle contient une petite quantité de liquide, qu'on peut évaluer à une centaine de grammes environ.

Le poumon droit, placé sur la table, se présente sous forme de

---

quoi pas? Cependant Chereau l'a omis dans son Compendium.

Voici un sonnet que je trouve en tête de l'édition de 1585 (la 4e édition et la dernière à laquelle Ambroise Paré ait donné lui-même ses soins). On verra avec quel touchant sentiment paternel Ambroise Paré livre son œuvre au public :

Ce livre maintenant que je mets en lumière,
De mon art l'héritier contient tous les secrets,
Que jadis bien au long les Arabes et Grecs
Ont laissé par écrit, à la race dernière.

Plein d'exemples il est de diverse manière,
Ainsi que nous voyons de mille beaux pourtraicts
Les prés se bigarrer, égayés par les rais
Du soleil, lorsqu'il fait sa course printanière.

Or sus donc maintenant, va-t'en, mon fils très cher,
Que depuis quarante ans n'ay cessé de lécher :
Va priant un chacun qu'il leur plaise d'ensuivre

Lysippe, qui reprit Apelles doucement :
Mais arrière envieux. Car éternellement
On verra malgré vous ce mien ouvrage vivre.

Et quelle fierté aux derniers vers!

Dans ce XVIe siècle, nos ancêtres avaient décidément toutes sortes de privilèges. Ils faisaient des sonnets qui n'étaient pas sans mérite, mais de plus ils trouvaient de vrais poètes pour leur répondre. Je ne résiste pas au plaisir de citer un sonnet de Ronsard qui orne la deuxième page du volume d'Ambroise Paré et fait face au sonnet du chirurgien :

Tout cela que peut faire en quarante ans d'espace
Le labeur, l'artifice et le docte sçavoir;
Tout cela que la main, l'usage et le devoir,
La raison et l'esprit commandent que l'on fasse,

Tu le peux voir, Lecteur, compris en peu de place,
En ce livre qu'on doit pour divin recevoir.
Car c'est imiter Dieu que guérir, et pouvoir
Soulager les malheurs de notre humaine race.

Si jadis Apollon, pour aider aux mortels,
Reçut en divers lieux et temples et autels
Notre France devrait (si la maligne Envie

Ne lui sillait les yeux) célébrer ton bonheur,
Poëte et voisin j'aurais ma part en ton bonneur,
D'autant que ton Laval est près de ma patrie.

bloc dur, résistant à la coupe, il présente du haut en bas un aspect marbré; par la pression, on fait sourdre un liquide grisâtre, purulent

Les bronches, jusque dans leurs rameaux de fort calibre, sont bouchées par un exsudat fibrineux, qui les obture totalement; un fragment de poumon, placé dans l'eau, gagne rapidement le fond.

Le poumon gauche est très fortement congestionné; sa teinte est livide, il crépite et surnage.

Le péricarde est couvert de concrétions fibrineuses de formation récente. Les valvules mitrale et aortiques présentent sur leurs bords des festons fibreux datant à peine de quelques jours; ils correspondent évidemment aux souffles perçus à la région cardiaque pendant l'attaque de rhumatisme.

Les autres organes ne présentent aucune lésion à mentionner.

Réflexions. — L'intérêt des observations qui précèdent repose surtout sur ce fait de l'absence de tout indice permettant de formuler un diagnostic certain; même dans le second cas, né et développé sous nos yeux, rien ne ponvait faire affirmer la présence d'une pneumonie: absence des râles crépitants an début, manque d'expectoration pneumonique ou de rejet des membranes arborisées qui eussent pn mettre sur la voie, présence de phénomènes pleuro-péricardiques; tels étaient les faits qui rendaient la difficulté extrême. Nous devons cependant ajouter que, dans un des cas, le second, les vibrations vocales, considérablement diminuées, étaient encore sensibles; mais c'était là, sans doute, un phénomène de transmission venu du côté sain, et qui était insuffisant pour faire, à lui seul, formuler une affirmation.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. ACCIDENTS PRODUITS PAR LE COÏT (HÉMORRHAGIE GRAVE, CONSÉCUTIVE A LA DÉCHIRURE DE L'HYMEN. — DÉCHIRURE DU VAGIN), par le docteur ZEISS (1). — II. LÉSIONS TRAUMATIQUES DU VAGIN, OCCASIONNÉES PAR LE COÏT, par M. MASALITINOW, de Charkow (2). — III. SIX CAS DE LÉSIONS TRAUMATIQUES DU VAGIN SURVENUES EN DEHORS DE L'ACCOUCHEMENT, par le docteur BARTEL, de Saint-Pétershourg (1). — IV. UN CAS D'HÉMORRHAGIE MORTELLE CONSÉCUTIVE A UNE LÉSION TRAUMATIQUE DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES, SURVENUE CHEZ UNE FEMME GRAVIDE EN DEHORS DE LA PUERPÉRALITÉ, par le docteur STIELER, de Munich (2).

I. Une jeune fille eut, la première nuit de ses noces, une hémorrhagie consécutive à la déchirure de l'hymen. On essaya en vain de combattre l'hémorrhagie au moyen de lavages et de compresses à l'eau froide. Le lendemain, lorsque M. ZEISS vit la malade, l'écoulement de sang durait encore. La jeune épousée était en état de syncope; elle avait le corps couvert d'une sueur froide, le pouls imperceptible. La chambre nuptiale était inondée de sang. Des caillots de sang obstruaient l'entrée de la vulve, et il fallut les enlever d'abord pour pouvoir pratiquer le toucher. L'hymen était perforé en deux points; le sang s'écoulait des lèvres de l'une de ces perforations, qu'il fallut fermer au moyen de points de suture, la compression digitale ayant été impuissante à tarir l'hémorrhagie Le troisième jour, on enleva les points de suture, et l'époux put poursuivre son œuvre sans qne de nonveaux accidents soient survenus.

M. Zeiss a bien soin d'ajouter qn'il n'a relevé aucun indice d'une tendance hémorrhagipare chez cette jeune femme, pas plus que chez les membres de sa famille.

M. Zeiss relate ensuite l'observation d'une femme de 25 ans, mariée, qui avait eu une première conche normale trois années auparavant, qui avait été accouchée à l'aide dn forceps il y avait six semaines, avec suites de couches régnlières, lorsqu'elle subit les approches de son mari. Le coït eut lieu *bestiarum more* (à la vache, est-il dit dans l'observation); pendant que se consommait la cohabitation, la femme ressentit une douleur violente et subite, en même temps qu'une grande quantité de sang s'écoulait par les parties génitales. M. Zeiss, mandé auprès de cette femme, prescrivit des injections froides et désinfectantes. L'hémorrhagie s'arrêta. Le lendemain, le médecin pnt s'assurer, par l'exploration directe, de l'intégrité des parties génitales externes et de la présence d'une déchirure snr la moitié droite de la paroi supérieure du

(1) CENTRALBLATT FÜR GYNÆKOLOGIE, 1885, n° 8, p. 113.
(2) WRATSCH, 1885, n° 13, et CENTRALBLATT FÜR GYNÆKOLOGIE, 1885, n° 29, p. 463.

(1) WRATSCH, 1885, nos 20-21, et CENTRALBLATT FÜR GYNÆKOLOGIE, 1885, n° 44, p. 693.
(2) MUNCHNER AERZTLICHES. INTELLIGENZ-BLATT, 1885, no 30.

Et, à la suite de ce sonnet, il y a encore un quatrain du poète Vendonnois, du même Ronsard:

Un lit ce Livre pour apprendre,
L'autre le lit comme envieux:
Il est aisé de le reprendre
Mais malaisé de faire mieux.

Heureux les hommes qui excitent de pareils enthousiasmes et qui les méritent.

***

Ah! si Victor Hugo était encore là, il aurait pu célébrer en des vers meilleurs encore que ceux de Ronsard l'audacieuse tentative de M. Paul Bert, qui se résigne à quitter sa chaire de la Sorbonne, son fauteuil présidentiel de la Société de biologie, son siège à l'Institut, sa place à la Chambre des députés, sa plume de rédacteur du VOLTAIRE et de la RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, pour aller apporter au Tonkin ses précieuses aptitudes de civilisateur et d'organisateur de colonie. Qui sait? Washington aura peut-être trouvé un émule. Les Anglais n'ont qu'à se bien tenir. En tout cas, dans ces pays où l'on massacre son semblable avec tant de facilité, l'humanité n'aura qu'à gagner à la régence de Paul Bert. Nul mieux que lui n'est apte à donner aux Annamites des leçons de vivisection et d'anesthésie.

Dr PETER-PAUL SOMANS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Gaucher, préparateur des travaux pratiques d'histologie, est chargé des fonctions de chef du laboratoire de la clinique de la Charité, en remplacement de M. Rémy, appelé à d'autres fonctions.

M. Rémy, agrégé près la Faculté de médecine de Paris et chef du laboratoire de la clinique de la Charité, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Cadiat, des fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie.

M. Hache, docteur en médecine, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Henriet, décédé.

M. Batteur (Georges), pharmacien de première classe, est chargé des fonctions de chef des travaux chimiques pendant la durée du congé accordé à M. Thibaut.

vagin. La déchirure mesurait 4 centimètres en longueur ; ses bords, écartés l'un de l'autre, étaient dentelés. M. Zeiss combla la solution de continuité avec de la poudre d'iodoforme et tamponna le vagin avec de la gaze à l'iodoforme ; la cicatrisation se fit sans éveiller la moindre réaction fébrile.

Voici une série d'observations récentes du même genre : lésion traumatique du vagin, survenue en dehors du travail de la parturition :

II. Ce sont d'abord deux observations de MASALINITOW, la première relative à une femme de 24 ans, très anémique, bien portante à part cela, réglée depuis l'âge de 16 ans. Au moment de subir les premières approches de son mari, un homme vigoureux, qui s'était enivré pour la circonstance, elle fut prise d'une hémorrhagie profuse par les parties génitales. Le médecin appelé auprès d'elle constata une déchirure du périnée, qui s'étendait en surface depuis l'entrée de la vulve jusqu'à un demi-centimètre de distance de l'anus ; profondément elle intéressait la paroi du vagin sur une longueur de un centimètre et demi. Les bords de la déchirure donnaient une grande quantité de sang.

La seconde observation de M. Masalinitow concerne une jeune géorgienne, qui perdit du sang par la vulve à la suite d'un premier coït. Trois jours après la défloration, il se fit un écoulement involontaire d'urine, par gouttes. L'examen des organes génitaux montra que l'hymen était déchiré sur plusieurs points et réduit à quatre ou cinq lambeaux. Au fond du vagin, près de l'orifice utérin, il existait une fistule de l'étendue d'une pièce de un franc (mark) environ, à bords tuméfiés, douloureux. L'utérus était en antéflexion.

L'auteur explique la formation de la fistule de la façon suivante : à cause de la brièveté du vagin et de la réplétion de la vessie au moment du coït, l'action contondante du pénis a déterminé un épanchement de sang dans la cloison vésico-vaginale, avec eschare consécutive et fistule.

III. M. BARTEL relate six observations de déchirure du vagin, survenue en dehors de la puerpéralité :

1° Une femme de 45 ans, qui avait eu dix couches, entra à l'hôpital pour une abondante hémorrhagie venant des organes génitaux. L'exploration du vagin fit découvrir une déchirure sur la partie postérieure de ce conduit, à gauche. La cicatrisation fut obtenue en l'espace de dix jours. Cette femme avoua que son mari, se trouvant en état d'ivresse, lui avait introduit un gros bâton dans les parties génitales ;

2° Femme de 47 ans. N'a plus ses règles depuis trois ans. Elle se fait admettre à l'hôpital, parce que depuis cinq jours elle perd une grande quantité de sang par la vulve. En explorant le vagin, on découvre une déchirure de 6 1/2 centimètres de longueur, qui s'étend jusqu'au col et jusque dans le tissu cellulaire péri-vaginal. Cette femme a succombé à la septicémie au bout de huit jours. Il a été impossible de se renseigner sur la cause de la déchirure ;

3° Femme de 28 ans, meurt à l'hôpital avec les symptômes d'une fièvre typhoïde à forme bilieuse. A l'autopsie, en ouvrant le vagin, on met à jour une déchirure de 6 centimètres de long; on constate en outre les traces d'une périmétrite suppurée. Cause de la déchirure, restée ignorée ;

4° Femme de 50 ans, très robuste. A cessé d'être réglée depuis huit ans. Entre à l'hôpital pour d'abondantes hémorrhagies par la vulve. Sur la paroi postérieure du vagin, près du col, existe une plaie triangulaire de plusieurs centimètres de long, qui serait, au dire de la malade, la suite d'un viol. Guérison au bout de huit jours ;

5° Femme de 42 ans ; ménopause depuis huit ans. Violente hémorrhagie par les organes génitaux. Sur la moitié droite et en arrière, le vagin porte une déchirure qui s'étend jusqu'au col et jusqu'au tissu cellulaire sous-jacent. Les lèvres de la déchirure sont lisses, irrégulières dans la profondeur. Cicatrisation au bout de neuf jours. Tout ce qu'on put obtenir en fait d'aveux de la malade, c'est qu'elle était fortement ivre au moment où l'accident lui est arrivé:

6° Jeune femme de 19 ans. Elle raconte qu'étant en état d'ivresse, elle a été jetée par dessus une haie. En l'examinant, on découvre, indépendamment de légères égratignures superficielles, une déchirure le long et au-dessus du clitoris, une déchirure du frein de cet organe érectile, et, dans le vagin, à droite, une déchirure qui s'étend depuis la vulve sur une longueur de 7 centimètres, avec une profondeur de 3 centimètres; une autre déchirure profonde occupe le fond du vagin. La jeune malade mit deux mois à se rétablir; et elle conservait comme traces de son accident des cicatrices indurées sur la paroi vaginale.

Chez les six femmes, les déchirures du vagin ont été pansées à l'iodoforme, sans qu'on suturât les bords des solutions de continuité.

En tête de son travail, l'auteur a cité un certain nombre d'observations bien connues de déchirures traumatiques du vagin (Diemerbrock, Colombat, Meissner, Reckwitz, Rey, Fleury, James).

Les faits de rupture traumatique du vagin sont en somme assez rares, et cette remarque s'applique tout particulièrement au cas où le traumatisme s'est produit au moment du coït. En parlant de ce genre de lésions, l'auteur de l'article VAGIN, du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*, T. XXXVIII, p. 72), se borne à dire ce qui suit : « Les ruptures traumatiques non puerpérales (du vagin) sont généralement le résultat de l'introduction violente et brusque d'un corps étranger ; une chute sur un objet pointu, un crime, sont les faits les plus fréquents ; le viol chez les enfants a amené de ces accidents. » Du coït volontaire, comme cause de ces accidents, il n'est dit mot.

IV. Une femme, qui se trouvait au neuvième mois d'une grossesse, était en train d'accrocher la tringle d'un rideau de fenêtre, lorsqu'elle fit une chute par suite de la fracture d'un des pieds de la chaise sur laquelle elle s'appuyait. Au moment de tomber, elle s'appuyait avec l'un des pieds sur le rebord de la fenêtre, et avec l'autre sur le siège de la chaise. Il y avait donc des raisons de croire que la région vulvaire avait été projetée contre le rebord saillant de l'entablement de la fenêtre. Toujours est-il qu'aussitôt après sa chute, cette femme perdit du sang par les parties génitales ; elle fut prise de violentes tranchées utérines, en même temps que d'une forte douleur dans le ventre. Au bout d'une heure environ, elle rendit le dernier soupir. La mort fut occasionnée par l'abondante perte de sang. Elle remontait à trois quarts d'heure, lorsque le médecin fut mis en présence du cadavre. On jugea dès lors inutile de recourir à l'opération césarienne.

A l'autopsie de cette femme, on découvrit, à l'inspection des parties génitales externes, une déchirure de 3 centimètres de longueur, de un demi centimètre de profondeur, qui partait du clitoris, et après avoir divisé la racine droite de cet organe s'étendait dans une direction parallèle à la branche

droite descendante du pubis, pour se perdre dans la petite lèvre du même côté. Les vaisseaux rompus qui débouchaient dans la solution de continuité étaient tous de très petit calibre, mais on apercevait les lacunes du tissu aréolaire, qui, à ce niveau, tapisse la face profonde de la muqueuse.

L'auteur fait remarquer que la résistance opposée à la muqueuse distendue par la branche descendante du pubis a dû intervenir comme facteur principal dans la production de cette déchirure. Il fait remarquer aussi que les contractions utérines réveillées par l'accident étaient propres à donner le change sur la véritable source de l'hémorrhagie et sur la thérapeutique à instituer.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE FAITES A L'HÔPITAL DE LA PITIÉ (1884-1885), par M. le professeur JACCOUD.

A une époque encore peu éloignée de nous, l'enseignement clinique était particulièrement honoré dans les Ecoles françaises où il était considéré comme la base fondamentale de toute bonne éducation médicale. A cette époque correspond toute une pléiade de médecins illustres, Laënnec, Andral, Trousseau, Cruveilhier, Bouillaud, dont les œuvres et la parole ont porté au loin la renommée de notre pays et préparé en même temps les voies aux générations ultérieures. Mais, depuis ce temps, bien des changements se sont accomplis qui ont eu pour résultat une transformation profonde dans les doctrines et dans les tendances de l'esprit scientifique actuel. L'ancienne médecine empruntait presque toutes ses lumières à l'observation pure; mais la part de celle-ci a diminué par suite de l'impulsion donnée aux recherches expérimentales, de l'importance croissante des travaux de laboratoire, et aussi, il faut bien le dire, par suite de l'invasion chaque jour plus marquée chez nous de l'influence scientifique étrangère. Il en résulte que la clinique, cette science toute d'observation et on peut dire si française, a perdu de son ancienne prééminence et qu'elle semble destinée à n'occuper plus qu'un rang secondaire parmi les nombreuses parties du programme si chargé que comporte le développement des études modernes.

Aussi devons-nous considérer comme une bonne fortune quand des esprits distingués essaient de nous ramener, en joignant le précepte et l'exemple, aux saines traditions de la médecine classique, tout en s'efforçant de concilier ces traditions avec les progrès réalisés par les découvertes modernes et avec les acquisitions de la science contemporaine. C'est à ce titre que nous sommes heureux de signaler le nouveau volume dans lequel M. Jaccoud vient de résumer les leçons faites par lui à la Pitié, durant l'année scolaire 1884-1885.

Comme dans les précédentes publications du même auteur, toutes si favorablement accueillies, on retrouve ici cette association heureuse de l'esprit d'observation secondé par une méthode d'analyse rigoureuse, avec l'érudition la plus étendue, qualité rare, et qui présente pour le lecteur comme pour l'auditeur le double avantage de l'initier aux difficultés de la clinique et en même temps de lui faire connaître, à propos de chaque question, les travaux récents parus sur le sujet traité. Cette dernière partie de sa tâche est familière à M. Jaccoud, qui est, comme on le sait, particulièrement versé dans la littérature médicale étrangère.

Disons de suite que, comme dans tous les ouvrages de ce genre, il ne faut pas s'attendre à trouver dans celui-ci une série d'études sur un sujet unique; chacune des trente-huit leçons qui composent ce recueil est consacrée à l'étude de faits pour le choix desquels l'auteur ne s'est inspiré que des hasards de la clinique et de l'observation journalière. C'est dire que les questions les plus variées y ont trouvé place, circonstance qui rend difficile la tâche de celui qui voudrait essayer de donner une idée même approximative de l'ensemble de l'ouvrage. Voici, par exemple, l'histoire d'un cas de pleuro-péricardite tuberculeuse qui fait le sujet des deuxième et troisième leçons et à propos de laquelle l'auteur est conduit à faire ressortir la supériorité des moyens cliniques sur les recherches de laboratoire, lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic exact de la nature de certaines affections pulmonaires supposées tuberculeuses. On devine qu'il s'agit ici de la recherche du bacille de Koch dans les crachats, moyen de diagnostic souvent insuffisant et qui, dans bien des cas, doit céder le pas à l'exploration directe des signes propres à la maladie. Plus loin, il s'agit des bons effets de la médication stibiée au début de la pleurésie aiguë, et particulièrement de son influence à la fois sur la température qui décroît rapidement et sur l'épanchement qui semble se résorber avec plus de facilité.

L'exposé d'un cas de maladie cardio-artérielle, avec péricardo-médiastinite antérieure, qui fait le sujet de la cinquième leçon, peut être cité comme un modèle d'analyse clinique. Il en est de même pour la relation d'un cas d'aortite, à propos duquel M. Jaccoud est conduit à discuter et à contester la réalité de l'aortite aiguë, telle qu'elle semble avoir été cependant établie par des travaux récents, notamment par ceux de Bucquoy et par ceux de son élève Léger, et à considérer cette lésion comme un simple épisode inflammatoire au cours de l'aortite chronique.

Dans la troisième leçon, consacrée à l'étude des causes de l'insuffisance tricuspidienne, M. Jaccoud se montre disposé à admettre la théorie de M. Potain, qui considère les affections gastro-hépatiques comme une cause possible et fréquente de cette variété d'insuffisance.

Voici maintenant deux leçons consacrées à l'histoire d'une affection encore bien obscure, le cancer du pancréas. La discussion des signes propres à cette lésion occupe ici une place importante: la valeur particulière de la glycosurie et celle, plus grande encore, du phénomène capital des selles graisseuses, sont mises en relief comme il convient. Signalons ici le rôle que M. Jaccoud attribue à l'altération secondaire du plexus solaire, désorganisé, envahi ou comprimé par le néoplasme, pour expliquer certains symptômes qui semblent appartenir spécialement à cette variété de cancer.

Il faut considérer aussi comme un modèle d'analyse clinique complète, l'observation de pyélo-néphrite suppurée, qui a fourni matière à la treizième leçon. Les causes ordinaires de cette redoutable affection, ainsi que les éléments d'un diagnostic souvent difficile, sont discutés avec une grande sévérité d'appréciation.

Dans la quinzième leçon, consacrée à l'étude d'un cas d'otite compliquée de méningite, le mécanisme de cette complication est élucidé avec un soin particulier. A propos de propagation inflammatoire de l'otite à l'intérieur du crâne, l'auteur discute le transport, par les microbes, de la suppuration, explication qui est encore du domaine de l'hypothèse et à laquelle

nous préférons certainement l'excellente étude du vertige auriculaire qni termine cette leçon.

Nous serions obligé d'étendre sans mesure cette analyse, si nous voulions rendre compte de tous les snjets traités successivement, et avec un égal intérêt, dans ce volume de prés de 750 pages. Nous ne ponvons cependant passer sous silence denx remarquables leçons consacrées à l'étude de la sclérose en plaqnes, consécutive aux maladies aiguës et infectienses. L'anteur formule, vis-à-vis des faits rapportés sons ce nom, des doutes qui seront partagés par tous ceux qui liront la critiqne serrée qn'il lui a consacrée. Mais voici un sujet d'un intérêt plus immédiat, car il se rapporte au traitemeut d'une maladie trés commune dans la pratique hospitalière : il s'agit, en d'autres termes, dn rhumatisme articnlaire aigu et des règles qni doivent présider à l'emploi dn salicylate de sonde, employé comme spécifique de l'attaqne rhumatismale.

M. Jaccoud s'efforce de définir ces règles et en même temps il dénonce l'inégalité d'action du médicament qui, souverain contre les déterminations articnlaires, se montre ordinairement impnissant contre les manifestatione viscérales. Cette remarque sera sanctionnée. pensons-nous, par tous ceux qni feront appel à leurs souvenirs cliniques.

A propos de denx cas de diabéte sncré, M. Jaccoud revient sur l'histoire générale de cette maladie, dont il a autrefois magistralement décrit les symptômes principenx, la marche progressive, etc. Cette fois, il insiste sur le régime, particuliérement sur l'ntilité du régime mixte, enmême temps qu'il cherche à préciser le mode d'action des médicaments proposés pour enrayer les effets de la consomption diabétique.

Nous retronvons la même discussion à propos du traitement de la maladie de Bright et de l'efficacité du régime lacté exclusif qui donne des résultats parfois merveilleux. Dans cette même leçon, signalons une étnde critique sur cette variété d'anasarque dite essentielle, primitive ou *à frigore*, variété indépendante de l'albuminurie et dont la réalité a été vivement contestée. Les arguments qne M. Jaccond fait valoir pour faire admettre l'existence de cette forme nous semhlent de nature à trancher la qnestion.

La thérapeutique est représentée anssi dans ce volume, non seulement d'une manière incidente et à propos des questions cliniques qne certains snjets font naître, mais encore par denx leçons que l'auteur a consacrées à l'étude de quelques médicaments nouveaux, récemment préconisés comme agents de la médication anti-thermique, l'antipyrine et les eels de thalline. M. Jaccoud se montre disposé à jnger sévérement cette nouvelle acqnisition thérapentiqne, à laqnelle il reproche de ne produire que des effets incertains, souvent illusoires, et de n'exercer qu'une influence trés douteuse sur la marche et le degré des températures morhides. Il est juste d'ajonter cependant qne pareille condamnation n'atteint pas également les deux snbstances et que, de la comparaison établie entre elles, l'avantage reste aux sels de thalline dont l'emploi, toutes choses égales d'ailleurs, est loin d'offrir des inconvénients aussi marqnés qne celni de l'antipyrine.

Nous le répétons, il nous est impossible de donner ici nne analyse compléte de toutes les questions traitées dans ce volume, et forcément nous devons en omettre quelques-unes d'un égal intérêt. Dans ce nomhre, il faut compter les trois leçons consacrées à l'examen d'un mal de Pott cervical et an mécanisme de la compreession de la moelle ; celle qui a pour objet une observation de rhumatisme vertébro-méningé, lésion rare, dont l'existence ne saurait pourtant être contestée. Nous pourrions citer encore comme particuliérement intéressantes les 28ᵉ et 29ᵉ conférences où l'auteur s'efforce d'établir l'unité de la diathèse lymphogène et montre l'importance des cas intermédiaires on formes de transition qni constituent à ses yeux un puissant argument en faveur de cette unité. Obligé de nous restreindre dans une revue trop sommaire, nous ne pouvons terminer sans faire ressortir les qualités de forme qni distingnent cet ouvrage et en rendent la lecture facile et attrayante : savoir la correction parfaite dn style, l'ordre et la clarté dans l'exposition des faits, l'esprit d'analyse rigoureuse qui préside à leur interprétation. Ce sont là des qnalités familiéres à M. Jaccoud et qui expliquent pour une part le succès de ses publications antérieures, depuis la première édition de son grand Traité de pathologie, devenue repidement clssique, jusqu'au livre dont nous venons d'essayer de donner une idée, tout en avouant implicitement que nous avons dû rester au-dessons de notre tâche.

P. MUSELIER.

REVUE DES THÈSES

ETUDE SUR L'HERPÈS GÉNITAL CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME, par Numa PINTO. — Thèse de Paris, 1885

L'étude de l'herpés génital, chez l'homme et chez la femme, tire tonte son importance de la grande analogie qu'il pent avoir avec les maladies vénériennes, dont il importe de savoir bien le distinguer, non seulement au point de vue de la clinique journalière, mais encore au point de vue de la médecine légale. Voici, d'aprés M. Pinto, les principaux éléments dn diagnostic différentiel : contonr polycicliqne et microcyclique de l'érosion herpétique, coloration jaune du chancre simple et surtout auto-inoculation toujours suivie de succés, induration du chancre infectant et pléiade de Ricord ; enfin, indolence des syphilides génitales, abondance et fétidité de leur sécrétion.

Le question de la pathogénie de l'herpés génital est encore trés discutée. Cependant, on sait aujourd'hui que toutes les variétés d'herpès sont en relation avec un état morbide des troncs ou des centres nerveux. Dans deux mémoires publiés successivement, M. Auguste Ollivier a bien établi que l'angine herpétique n'est qu'un zona de la branche moyenne du trijumeau; pourquoi l'herpés ne serait-il pas un zona partiel dn plexus sacré? Telle est, relativement à la pathogénie de l'herpés génital névralgique, l'opinion de bon nombre de dermatologistes. O. M.

L'ALAITEMENT A LA NOURRICERIE DE L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS, par A.-B. WINS. — Thêse de Paris, 1885.

De cet intéressant travail, il ressort que : 1º L'enfant atteint de syphilis héréditaire trouve dans l'allaitement direct au pis de l'ânesse un allaitement des plus satisfaisants ; 2º l'ânesse, de même qne la chèvre, est une excellente nourrice ; 3º dans les hôpitaux, l'ânesse est supérienre à la chèvre ; 4º l'allaitement direct au pis de l'ânesse, uni à une médication mercurielle, est, à l'hospice des Enfants-Assistés, le m oyen et le seul moyen de sauver d'une mort presque certaine les enfants nonveau-nés atteints de syphilis héréditaire.

P. REDARD.

NOTES & INFORMATIONS

Association générale des étudiants. — Cette Association est en voie de progrès. Elle ne comprend pas moins de dix-neuf Facultés ou Ecoles. Elle a reçu des encouragements du ministre de l'Instruction publique qui s'est inscrit personnellement comme membre perpétuel de l'Association et a mis à la disposition de celle-ci, pour les réunions générales, des salles appartenant aux bâtiments de l'Etat. De son côté, le Conseil municipal de Paris lui a voté une subvention de 2,000 fr. Cette Association, bien dirigée, peut rendre de grands services à la jeunesse des Ecoles et l'on ne peut que faire des vœux pour son extension et sa prospérité.

— Le neuvième Congrès médical international. — On sait que ce congrès doit avoir lieu en septembre 1887 à Washington. Le désaccord survenu entre nos confrères d'Amérique a failli le faire avorter. La paix semble être faite; la Commission exécutive est définitivement constituée et, en faisant connaître cette bonne nouvelle, le président et le secrétaire général de cette Commission, MM. H. Smith (de Philadelphie) et S. Davis (de Chicago) font appel au concours actif et dévoué de tous les médecins de l'ancien continent.

— Le banquet de M. Mathias Duval. — Ce banquet a eu lieu à la date que nous avions annoncée, sous la présidence de M. Gavarret, ayant en face de lui M. Béclard, doyen de la Faculté. Cent-vingt convives avaient pris place à la table; professeurs de la Faculté, membres de la Société et de l'Ecole d'antbropologie, représentants de l'Ecole des beaux-arts, confrères et amis venus de Strasbourg, collègues et élèves de Paris, tous unis par un même sentiment, avaient voulu donner au nouveau professeur de la Faculté un témoignage de leur vive sympathie et de leurs sincères félicitations. MM. Gavarret, Béclard, Dastre, Laborde, Comte, Topinard, Blanchard, Treille, député de l'Algérie, émigré de Strasbourg, ont pris successivement la parole et, rappelant à grands traits la rapide et brillante carrière de M. Duval, ont rendu hommage aux qualités multiples, qu'il possède à un si haut degré, du savant, du professeur, du confrère, de l'ami. M. Duval a répondu en termes émus et chaudement applaudis. Heureux les hommes dont le succès n'éveille ainsi que des sympathies!

— Conseil municipal de Paris. — *Vœu pour que les médecins des bureaux de bienfaisance soient représentés au Conseil de surveillance de l'Assistance publique* (M. Rohinet, *rapporteur*). — Le Conseil, considérant qu'il importe, pour faciliter le recrutement des médecins des bureaux de bienfaisance, de rehausser la fonction;

Considérant, d'ailleurs, que le médecin du bureau de bienfaisance est particulièrement compétent pour traiter les questions intéressant l'assistance publique à domicile, laquelle est destinée à jouer dans l'avenir un rôle de plus en plus considérable;

Renouvelle le vœu que les médecins des bureaux de bienfaisance soient représentés dans le Conseil de surveillance de l'Assistance publique par un de leurs collègues, désigné par eux. *(Séance du 16 déc. 1885.)*

— Hospice Debrousse. — Aux termes d'un décret rendu le 10 décembre 1885, le Conseil d'Etat entendu, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées, le legs résultant, en faveur de cette administration, de la disposition par laquelle la dame Alquier, née Marie-Catherine Debrousse, suivant son testament olographe du 23 mars 1882, a stipulé que le reste de sa fortune, évalué à plus de cinq millions, devra être employé à la construction et l'établissement d'un hospice à Paris.

— Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — *Situation au 31 décembre 1885 :*

Caisse	62,214 85	62,731 47
Caisse des pensions de retraite.	1,161 02	1,400 »
Cotisations		58,187 20
Frais généraux	2,023 »	58 53
Obligations du Midi	11,306 55	425 85
Rente 3 % amortissable	20,845 90	618 75
Obligations foncières 1883	18,395 »	363 50
Caisse auxiliaire		1,161 02
	124,946 32	124,946 32

Le Trésorier, Dr H. Verdalle.

R. F. D.

NOUVELLES

Ecole de médecine de Grenoble. — Par arrêté du ministre, en date du 15 janvier, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie s'ouvrira le 4 novembre 1886 devant la Faculté de médecine de Lyon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Clermont. — Par arrêté ministériel du 20 janvier, un concours pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques s'ouvrira le 2 août 1886 devant ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

Cours élémentaire de gynécologie. — M. le docteur S. Pozzi, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours de gynécologie le lundi 1er février, à neuf heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — A dix heures, visite des malades de la salle de gynécologie (hôpital Pascal, annexe. Salle A).

Ce cours durera jusqu'à Pâques et passera en revue les éléments de la gynécologie tout entière.

Tous les docteurs et étudiants en médecine peuvent assister à ce cours.

***

Cours d'accouchement. — MM. Bar et Auvard recommenceront leur cours d'accouchements complet en 43 leçons le lundi 15 février, à quatre heures et demie du soir, 5, rue du Pont-de-Lodi.

Le cours a lieu tous les jours à quatre heures et demie.

MM. les étudiants seront exercés aux opérations et aux manœuvres obstétricales.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. le docteur Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le docteur Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi et vendredi, à une heure et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1885

267. M. Magnier. Contribution à l'étude de l'ulcération dans les tumeurs bénignes. — 268. M. Lannes. Des fractures multiples de la clavicule. — 269. M. E. Doyen. Quelques considérations

sur les terreurs morbides et le délire émotif en général. — 270 M. Bernard (Léon). De la curabilité de la tuberculose aiguë à localisations multiples, considérée chez l'adulte. — 271. M. Pignot. L'hôpital du Midi et ses origines. (Recherches sur l'histoire de la syphilis à Paris.) — 272. M. Teixeira de Assumpçao. Du purpura rhumatismal. — 273. M. Prieur. La fièvre typhoïde à Saint-Denis (Seine), de 1873 à 1884 inclusivement. — 274. M. de Torres-Mendiola Contribution à l'étude de la rétention du placenta. — 275. M, Linchamp. Contribution à l'étude des indications et des difficultés de la version céphalique par manœuvres externes.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 17 au samedi 23 janvier 1886.

Fièvre typhoïde 12. — Variole 6 — Rougeole 23 — Scarlatine 4. — Coqueluche 8. — Diphtérie, croup 47. — Choléra 0. — Dysentérie 1 — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 4 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 32. — Phthisie pulmonaire 195. — Autres tuberculoses 29. — Autres affections générales 70 — Malformation et débilité des âges extrêmes 66. — Bronchite aiguë 42. — Pneumonie 131. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 32. — au sein et mixte 23 — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 117. — de l'appareil circulatoire 71. — de l'appareil respiratoire 113. — de l'appareil digestif 53 — de l'appareil génito-urinaire 33. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 24 — Causes non classées 19. — Total de la semaine : 1176 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Anatomie pathologique du système nerveux. Cours complémentaire, professé à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Raymond. Un vol. in-8, avec 114 figures intercalées dans le texte, et 2 planches en chromolitographie. — Prix : 9 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Intoxications chroniques par l'alcool, l'absinthe et le vulnéraire. Des signes particuliers qu'elles présentent au point de vue du diagnostic différentiel. par Raphaël Casanova, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Une brochure gr. in-8 de 95 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Manuel de chirurgie d'armée, par le docteur Audet, médecin-major de 2e classe, etc. Un vol. in-18 avec 43 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Les Taches de sang. Leur signification, leur importance en matière judiciaire, par le docteur Albert Florence, pharmacien de 1re classe. Une brochure grand in-8 de 175 pages, avec 8 planches et 3 photographies hors texte. — Prix : 4 fr. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Société des sciences médicales de Gannat. Compte rendu des travaux de l'année 1884 85, tome 39. Un vol in-8. — Prix : 3 fr. — Paris. A Delahaye et E. Lecrosneir, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PHYSIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

DE L'INFLUENCE DES BOISSONS SUR LA NUTRITION ET DANS LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ, par Albert ROBIN, professeur agrégé, médecin de l'hospice des Ménages.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III

Appliquons maintenant ces faits au traitement de l'obésité et nous aurons peut-être le secret des divergences qui séparent les praticiens, les uns recommandant l'eau à outrance, les autres la proscrivant avec la dernière énergie, et tous deux obtenant des succès à l'appui de leur méthode.

On devient gras par une infinité de procédés qui peuvent en dernière analyse se résoudre aux deux suivants : dans le premier cas, l'assimilation est augmentée; dans le second, la désassimilation est diminuée; d'où deux variétés d'obésité, celle par *excès*, celle par *défaut*.

Prenons la première hypothèse. M. Dujardin-Beaumetz a rappelé dernièrement que, d'après les expériences de Schiff et de P. Vigier, l'eau augmentait le pouvoir digestif dans de très fortes proportions. A ceux qui deviennent obèses par excès, l'eau devra donc être sévèrement interdite.

Dans le second cas, quand l'obésité dépend d'une dénutrition imparfaite, donnez, au contraire, des liquides en quantité notable, et vous obtiendrez un sensible amaigrissement.

Mais, dira-t-on, comment reconnaître qu'un individu est devenu obèse par excès ou par défaut; comment, en un mot, étant donné un obèse, savoir d'emblée et avant tout traitement si l'on doit lui conseiller de boire beaucoup ou de restreindre au minimum la quantité de ses boissons?

Le chiffre de l'urée fournit déjà une première indication et permet de diviser les obèses en trois classes, suivant que l'urée est augmentée, diminuée ou stationnaire. Comme ceux chez lesquels l'urée est augmentée ne relèvent certainement pas de l'obésité par défaut, force est bien d'admettre qu'elle dépend chez eux d'un excès dans l'assimilation. Et, contrairement, la diminution de l'urée indique bien nettement une insuffisance d'oxydation.

Car, de deux choses l'une : l'individu fait peu d'urée ou parce qu'il mange peu, ou parce que ses oxydations sont compromises. Dans le premier cas, il élimine autant d'azote et de carbone qu'il en ingère, et il n'engraisse pas; dans le second, la balance sera en faveur de l'ingestion, si faible qu'elle soit d'ailleurs, et le sujet engraissera.

Quant aux cas où l'urée ne varie pas — et ils sont fort nombreux — ils paraissent échapper à la formule pathogénique dont je viens de poser les bases, mais, en réalité, ils y rentreront bien vite, si, au lieu de n'envisager que le chiffre brut de l'urée, on considère le coefficient d'oxydation. Si celui-ci

FEUILLETON

CHRONIQUE MENSUELLE.

A propos d'une distribution de prix. — Les cantiques de jadis. — Encore les étudiantes. — La question étrangère. — Protection et libre-échange. — Un problème et sa solution. — L'Internat. — Chauvinisme français.

Quinze cents voix ont couvert celle de l'honorable directeur de l'Assistance publique il y a quelques jours; si la vingtième année est une excuse suffisante aux yeux de ceux qui ont la « cinquantaine », il paraît cependant utile de protester en passant contre ces habitudes d'intempérance vocale. Et je ne voudrais pas que nos jeunes collègues m'accusassent d'être « vieux jeu ». Certes, de mon temps, il n'était pas un larynx d'externe qui ne proférât gaillardement le pieux cantique :

« Esprit saint, descendez en nous; »

mais, quand la porte s'ouvrait pour livrer passage à la longue théorie de messieurs nos juges, les « chut! » « chut! » couraient rapides sur les bancs, et nos bravos saluaient ceux d'entre nous qui avaient vaincu. Et je le demande à toutes ces têtes chaudes, à ces cœurs qui ne le sont pas moins, n'y a-t-il pas une criante injustice à empêcher par le « chahut » (pardon, c'est le mot... propre) le pauvre petit étudiant, qui va recevoir son prix, d'entendre cette musique très douce, quoique bruyante, des applaudissements serrés qui paient ses veillées et ses luttes!

***

J'imagine volontiers que, si l'encombrante politique ne s'en mêlait, il en irait aujourd'hui comme jadis, et que messieurs les étudiants salueraient avec le même respect ému le nom de nos braves morts pour et par le devoir; au lieu de cela, on « conspue! » Mais, de grâce, qui conspuez-vous, ô mes frères? Sont-ce mesdemoiselles Saladoff ou Bockinski, qui ne sont point vos collègues? Et, si d'aventure la salle de garde s'était « féminisée », pourquoi n'allez-vous pas « conspuer » ceux qui se sont faits les défenseurs de l'Internat juponné, ceux qui, par une singulière entente de la sacro-sainte Egalité, ont réclamé pour nos sœurs le droit à la calotte de velours traditionnelle! En vérité, je ne comprends rien

est élevé, nous rentrons dans l'obésité par excès; s'il est abaissé, dans l'obésité par défaut.

Par conséquent, la théorie ordonne de faire boire les obèses qui éliminent peu d'urée ou dont le coefficient de combustion est diminué, tandis qu'elle condamne à l'abstinence des boissons les obèses qui excrètent beaucoup d'urée et ceux qui, tout en rendant une quantité normale de ce principe, présentent un fort coefficient de combustion.

IV

Si indiscutables que paraissent les conclusions théoriques auxquelles la chimie physiologique donne une base solide, elles paraîtront cependant hypothétiques aux médecins, tant qu'elles n'auront pas reçu la sanction de l'épreuve clinique. Aussi, après les avoir formulées pour la première fois en 1878 dans mon cours de chimie biologique au laboratoire de l'hôpital de la Charité, je cherchai à effectuer leur réalisation.

Voici, résumés dans les tableaux ci-dessous, les résultats des expériences que j'instituai à cette époque sur trois femmes obèses.

Chez toutes les trois, la quantité d'urée était normale, mais chez deux d'entre elles le coefficient d'oxydation était sensiblement diminué, tandis qu'il était légèrement surélevé chez la troisième. On mit donc les deux premières au régime des boissons à volonté, tandis que la troisième fut strictement rationnée.

Tableau III

Mme R. C., âgée de 20 ans. — *Obésité par défaut ; Boissons abondantes.*

Jours	Examen de l'urine			Poids	Mensurations			Régime
	Matériaux solides	Urée	Coefficient d'oxydation		Circonférence de la taille	Circonférence au niveau des seins	Circonférence du ventre	
9 déc., av. le trait.	75.75	19.48	25.7	181.4	0.85	1.12	1.01	Viande, 300 à 400.
8 janvier.	62.12	20.14	32.4	178.1	0.83	1.08	0.93	Légumes verts, de 50 à 100.
18 »	56.74	22.53	39.7	176.2	0.81	1.05	0.92	
29 »	44.22	15.33	34.7	173.4	0.80	1.04	0.90	Pain, 100 à 150.
7 février	49.84	17.21	34.5	»	»	»	»	Boisson, 1500 gr.
18 »	62.65	23.27	37.	»	»	»	»	
1er mars.......	63.13	22.98	36.4	171.4	0.79	1.04	0.90	
1er avril........	55.92	19.94	35.6	168 2	0.78	1.01	0.85	
15 octobre... ..	97.34	60.60	61.2	163.05	0.77	0.99	0.84	

Le tableau no III se rapporte à la première obèse. C'était une femme de 20 ans, de taille moyenne, qui avait vainement tenté de maigrir en suivant des conseils empiriques. Je lui recommandai de se nourrir exclusivement de viande et de légumes verts avec la plus petite quantité de pain possible et à boire à volonté. Chaque jour on pesait les aliments et le liquide des boissons : les chiffres qui dans le tableau représentent le régime constituent la moyenne générale des chif-

au « boucan », aux protestations des jours derniers; peut-être, d'ailleurs, est-ce là une curiosité déplacée, et les réfractaires de l'avenue Victoria ignorent-ils le pourquoi de ce vacarme.

***

De nouveau, on a agité la « question étrangère ». Elle me paraît épuisée ou tout au moins très « étrangère » au débat. Ainsi que je le disais ici même l'an dernier, lors du succès très mérité d'un sympathique étranger, il me paraît, en somme, qu'on peut résoudre ce problème très impartialement. Ouvrons nos écoles, nos concours, notre enseignement, à ceux qui usent des mêmes libéralités lorsque, d'aventure, nous allons chez eux solliciter postes et grades; aux autres, à ceux qui nous ferment l'accès de leurs instituts, faisons de même.

Sans doute, en principe, il paraît profondément injuste de défendre à celui qui est né de l'autre côté du Rhin ce que nous permettons au compatriote du Cid; mais, encore une fois, dès l'instant qu'il nous semble abusif d'admettre tous et toutes, délimitons nos positions de façon nette.

Et, si l'on veut mon avis de derrière la tête, je dirais tout franc: que je ne voudrais aucune barrière, qu'il me chagrine de voir la jeunesse — libérale dit-on — se montrer à ce point protectionniste de ses intérêts. Dans d'autres assemblées, pareilles questions s'agitent, quoiqu'elles visent un point de vue mercantile et, suivant toutes probabilités, elles seront résolues dans le sens que j'indiquais. Eh! quoi, la France n'est-elle donc plus cette fastueuse amphytrionne qui tenait table ouverte à tous venants; n'est-elle plus la prodigue d'antan, à laquelle chacun, brun ou blond, du Nord ou du Midi, venait demander de lui enseigner ce que nous savions si bien? Enfin, et c'est par là qu'il me plaît de finir, n'est-il pas bon de mêler à nos luttes quelques éléments étrangers, pour avoir le plaisir de les vaincre, et puisque c'est à propos de l'Internat que mon « chauvinisme », jamais éteint, s'est rallumé, que les « conspueurs » ouvrent l'Annuaire de l'Internat et qu'ils me disent combien ils compteront de noms étrangers parmi les élus!

***

Il n'est pas de bon prêche qui ne se termine par un souhait, ainsi le formulerai-je «Ne vous enrouez plus désormais, messieurs, à conspuer, mais « donnez de la voix », comme des chiens de race,

fres journaliers du 9 décembre au 29 janvier. A partir de cette époque, les aliments ne furent plus pesés avec la même exactitude, mais la malade m'a affirmé que leur poids n'avait pas varié dans de sensibles proportions. Quant aux liquides, la soif devint très vive vers le mois d'août, et la quantité de boissons ingérées jusqu'au 15 octobre s'est élevée à 2 et 3 litres par jour.

L'amaigrissement total a été de 9 kilogr. pendant cette période de 10 mois. Le tour de taille a maigri de 8 cent., le ventre de 17 cent., les seins de 13 cent. Le coefficient d'oxydation, qui n'était au début que de 25.7, chiffre inférieur à la normale, s'est élevé rapidement à 35, 39 pour atteindre 61.2 à la fin de la cure.

Le tablean IV résume une seconde observation d'obésité par défaut. C'était une femme de 22 ans, petite, mère de 3 enfants, qui avait commencé à grossir vers l'âge de 17 ans. Elle fut mise au même régime que la précédente et hut à volonté. Les aliments et les boissone furent aussi pesés journellement et la moyenne établie pour chaque semaine. Comme on peut s'en assurer, les variations demeurèrent insignifiantes. Les liquides s'élevèrent environ à 1,700 cc., le pain à 100 gr., la viande à 315, les légumes à 70 gr.

Tableau IV

Madame O. D. âgée de 22 ans. — *Obésité par défaut; Boissons abondantes.*

Désignation des périodes	Analyse de l'urioe			Poids du corps	Mensuration du corps						Quantité dos boissons	Régime moyen		
	Matièr. solides	Urée	Coefflo. d'oxyd.		Tour do taille	Poitrine	Vontre	Cuisse	Mollot	Bras		Viande	Pain	Légum. secs
1er oct., avant la cure.	68.79	17.13	23.3	153.1	0.89	1.03	1.16	0.72	0.42	0.34	»	»	»	»
17 » »	66.33	22.28	33.6	146.4	0.80	0.97	1.05	0.71	0.41	0.34	1650	322	100	70
24 » »	63.88	20.44	31.9	145.»	0.78	0.97	1.05	0.69	0.40	0.33	1710	317	100	70
31 » »	78.36	29.29	38.6	142.2	0.76	0.96	1.04	0.68	0.40	0.33	1700	302	100	70

En un mois, le poids s'abaissa de 5 kil. 5 ; le tour de taille diminua de 13 cent., les seins de 7 cent., le ventre de 12 cent., la cuisse de 4 cent., le mollet de 2 cent. et le bras de 1 cent. Le coefficient d'oxydation s'éleva graduellement de 23.3, chiffre anormalement faible à 33.6 et enfin à 38.6. La malade ressentit pendant tout le traitement un grand eentiment de bien-être.

Le tableau V peut servir de contre-partie aux deux précédents. Il s'agissait d'une petite fille de 11 ans qui avait atteint des proportions vraiment colossales, comme on peut s'en assurer par l'examen des chiffres ci-dessus. Je la mis au même régime que les précédentes, soit de 275 à 293 gr. de viande, de 95 à 100 gr. de pain et 50 gr. de légumes. Mais, comme le coefficient d'oxydation était à peu prés normal, on la rationna strictement sous le point de vue des liquides, quoique l'enfant fût d'ordinaire une « buveuse d'eau ». Ce n'est pas sans difficulté qu'elle arriva à ne prendre que 900 gr. d'ean par jour, y compris l'eau des aliments, qui entrait dans ce chiffre pour 277 gr. environ, soit seulement 623 gr. de liquide dans les 24 heures; et encore cette quantité fut-elle graduellement restreinte à 800, 751, 710, 671, etc.

Avec cette diminution des liquides, l'amaigrissement fut aussi rapide et aussi marqué que dans les deux premiers cas. En deux mois, le poids tombe de 7 kilogr.; le tour de taille diminue de 9 cent., le ventre de 27 cent., les seins de 8 cent., la cuisse de 8 cent., le bras de 4 cent., le mollet de 2.5. Et le coefficient d'oxydation, après quelques oscillations, s'abaisse de 41.2 à 36.9, 34.5, 33.8, 35, puis enfin 25.4, suivant ainsi une marche précisément inverse de celle qui a caractérisé mes deux premières observations.

à celui d'entre vous que vos maîtres proclament vainqueur; applaudissez, à tout rompre, les travailleurs, et si vous voulez un moyen certain de dégoûter à tout jamais messieurs les étrangers, mesdames les exotiques, de ceindre le tablier d'interne, eh bien, morbleu, battez-les, ferme et fort, comme on se bat aux concours, non avec des cris de mauvaise compagnie, mais avec votre intelligence; troquez donc votre défroque de « Frères Conspueurs » contre la calotte, au fond de laquelle il y a toujours du cœur, du dévouement et quelquefois de la gloire!

Duplex.

Faculté de médecine de Lille. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 2 août 1886.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Vallas (Maurice), aide d'anatomie, est nommé, pour trois ans, prosecteur, en remplacement de M. Pravaz, dont la délégation est expirée.

***

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Lenoël (Louis), suppléant d'anatomie et de physiologie, est transféré, jusqu'au 30 novembre 1888, dans les fonctions de suppléant d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Caen. — Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira le 5 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris.

Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obtétricale s'ouvrira le 22 novembre 1886 devant la Faculté de médecine de Paris.

***

— Le 1er janvier 1886, l'assemblée de la Faculté de médecine de Montpellier s'est réunie pour élire ses deux délégués au conseil général des facultés, institué par l'article premier du décret du 28 décembre 1885. MM. Moitessier et Grasset ont été élus au premier tour de scrutin.

— L'inauguration de la statue de Claude Bernard aura lieu au Collége de France, le dimanche 7 février, à 10 heures précises.

Les cartes d'admission dans l'enceinte réservée sont distribuées, 15, rue l'Ecole-de-Médecine.

— Le congrès des délégués des Sociétés savantes se tiendra à la Sorbonne, du 27 avril au 1er mai prochain.

TABLEAU V

Mademoiselle M. B., âgée de 11 ans.— *Obésité par excès ; Rationnement des liquides.*

Dates	Analyse de l'urine			Poids	Mensurations						Quantité des boissons y compris l'eau des aliments solides	Régime moyen		
	Matériaux solides	Urée	Coefficient d'oxydat.		Tour de taille	Ventre	Seins	Cuisse	Bras	Mollet		Pain	Viande	Légumes verts
17 sept., avant la cure	51.88	21.39	41.2	148.3	0.81	1.14	0.95	0.69	0.35	0.40				—
24 » »	49.52	18.54	41.5	146.21	0.80	1.095	0.915	0.675	0.345	0.396	900	96	276	50
1er octobre »	57.33	19.83	34.5	145.35	0.79	1.035	0.91	0.67	0.335	0 396	800	95	269	50
8 » »	52.65	21.89	41.5	142.25	0.78	0.99	0.91	0.655	0.33	0.394	800	95	289	50
15 » »	66.43	21.»»	31.6	142.06	0.77	0.945	0.91	0.64	0.326	0.386	751	96	279	50
22 » »	42.23	15.61	36.9	139.35	0.76	0.93	0.91	0.63	0.32	0.385	710	97	287	50
28 » »	69.73	23.98	34.5	137.315	0.75	0.91	0.90	0.615	0.316	0.383	718	94	293	50
5 novembre »	47.18	15.98	33.8	136.100	0.74	0.90	0.90	0.615	0.315	0.383	671	99	268	50
13 » »	60.84	21.35	35.»	135.270	0.73	0.87	0.88	0.61	0.31	0.38	702	100	286	50
19 » »	74.13	18.74	25.4	134.31	0.72	0.87	0.87	0.61	0.31	0.375	700	100	275	50

Voilà donc trois obèses, soumises à un régime identique, et qui maigrissent toutes les trois, les unes avec de l'eau à discrétion, l'autre avec rationnement des liquides. Dans les trois cas, on s'est basé pour permettre ou restreindre les boissons sur le rapport de l'urée aux matériaux solides, et chaque fois l'événement a justifié la mesure prescrite. La clinique a donc sanctionné la théorie à laquelle m'avait conduit la chimie physiologique, et le médecin aura désormais un guide sûr pour appuyer sa décision dans cette question d'opportunité thérapeutique jusqu'ici controversée.

BIOLOGIE

SUR LA RÉACTION DE LA SUBSTANCE NERVEUSE VIVANTE, par le professeur P. EHRLICH (de Berlin). (Communication faite à la Société de médecine de Berlin (1).

Vous connaissez tous les applications multiples dont les matières pigmentaires ont été l'objet en histologie et dans les branches voisines de la science ; on peut affirmer, sans crainte d'être contredit, qu'aucune autre méthode n'a contribué, dans une mesure aussi considérable, à l'édification aujourd'hui presque achevée de nos connaissances concernant la structure des tissus. Il faut reconnaître cependant que cette méthode, basée sur la coloration des tissus privés de vie, — que la mort ait été spontanée ou provoquée dans un but expérimental, — ne peut nous fournir que des notions purement anatomiques sur la structure et l'agencement des tissus ; nous n'avons aucun parti à en attendre pour l'étude des propriétés des cellules vivantes, qui intéressent le biologiste au plus haut degré. Quand on veut apprendre à connaître ces propriétés, il est nécessaire de colorer les tissus normaux en pleine activité fonctionnelle; c'est-à-dire que la coloration doit s'effectuer au sein même de l'organisme. D'où ressort la nécessité de faire pénétrer les substances colorantes dans les tissus vivants ; en me fondant sur les résultats d'une expérience qui embrasse déjà plusieurs années, je crois pouvoir affirmer que c'est là seule voie qui nous conduira à une solution satisfaisante des problèmes aussi difficiles qu'importants de la vie cellulaire, problèmes qui échappent à tout autre mode d'investigation.

Apprendre quelles conditions régissent la fonction respiratoire des cellules, quelle substance celle-ci fait pénétrer dans sa masse, quelle réaction elle possède, quelles sont ses propriétés spécifiques (attraction), comment elle se comporte vis-à-vis des éléments granuleux, ce sont là autant de questions que seule l'analyse colorimétrique nous permettra de résoudre. Je renonce à exposer les points de vue multiples qui se dégagent des propositions que je viens d'émettre, me bornant à en développer un seul.

A une époque où l'étude des bactéries et de leurs produits de sécrétions, les ptomaïnes, est venue se placer au premier rang de nos préoccupations scientifiques, la connaissance des poisons et de leurs effets attire de nouveau l'intérêt général, de ces poisons que nous n'utilisons pas seulement pour combattre les états morbides, mais encore pour nous éclairer sur le mécanisme de ces derniers. Je ne puis pas taire que la pharmacologie moderne avec sa schématisation à outrance est loin de nous satisfaire à tous égards. Involontairement, on éprouve cette impression que ses groupements avec leurs subdivisions multiples ne sont que l'expression pure et simple des résultats de l'expérimentation physiologique, et que, dans cet ordre de choses, le point capital, c'est-à-dire la question de la nature intime et des causes premières des effets spécifiques des poisons, est resté à l'arrière-plan. Ce devrait être le but de la pharmacologie de mettre en lumière non seulement qu'un poi-

(1) Une analyse succincte de cette communication a paru dans le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES (1885, n° 52, p. 573). A cause de l'importance exceptionnelle ce travail, nous avons cru devoir en publier une traduction complète, d'après l'original paru *in* DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1886, n° 4.

son déterminé affecte tel ou tel appareil nerveux terminal, mais pourquoi il en est ainsi.

Ce but, la pharmacologie ne pourra l'atteindre que lorsqu'elle s'écartera de la voie par trop exclusive suivie jusqu'à ce jour, et qu'elle tentera de tirer au clair, au moyen de recherches anatomiques et biologiques, la nature intime des troubles fonctionnels. En cela, il lui sera difficile de se passer du secours de l'analyse colorimétrique des tissus vivants.

Il est vraisemblable au plus haut degré qu'une substance toxique déterminée ne peut affecter primitivement et en premier lieu que les éléments anatomiques avec lesquels elle arrive en contact réel et par lesquels elle est absorbée dans une mesure prépondérante. De là résulte la nécessité de s'enquérir d'abord des lois qui président à la répartition d'une substance (dans les tissus) et de mettre ces résultats en harmonie avec ce que nous savons de l'action physiologique de cette substance. Une telle entreprise serait absolument irréalisable pour ce qui concerne les alcaloïdes, étant donnée l'exiguité de la dose efficace et le manque de réaction micro-chimique appropriée. Avec les substances colorantes, une semblable recherche offre des difficultés beaucoup moindres, par cette raison que la constatation de leur présence en un point déterminé se déduit de leurs seules propriétés sensoriales. Or, nous possédons actuellement une collection extraordinairement riche de substances colorantes obtenues par voie de synthèse, dont la structure intime nous est connue jusque dans ses moindres détails ; il semble que les matériaux de ce genre que nous possédons sont déjà en nombre suffisant pour nous permettre d'élucider les relations importantes existant entre leur constitution intime et leur répartition (dans les tissus).

Ce sera l'objet de cette communication de faire connaître de quelle façon doivent être conduites ces recherches d'analyse colorimétrique ; je crois qu'en poursuivant l'application des mêmes principes, on arrivera à définir d'une façon claire le mode d'action et de répartition de certaines substances organiques.

Dans le cours de mes recherches, j'ai constaté que le bleu de méthyle possède une affinité extraordinaire pour les ramifications les plus ténues du cylinder-axis, qu'il est possible dès lors de poursuivre certaines terminaisons nerveuses sur le vivant et avec une netteté qui échappe à toute autre méthode. Comme vous le savez, nous ne possédons jusqu'à ce jour, pour la préparation des ramifications terminales des nerfs périphériques, que le procédé d'aurification découvert par Cohnheim et auquel nous sommes redevables de tous les progrès réalisés dans ce domaine de l'anatomie. Néanmoins, le besoin d'une autre méthode pour la préparation des ramifications terminales des nerfs s'était depuis longtemps fait sentir d'une façon pressante, par la raison surtout que, d'une part, l'aurification reste souvent en défaut, que, d'autre part, en traitant les tissus par un réactif d'une grande énergie, on s'expose à provoquer des résultats factices.

La supériorité qu'offre la coloration biologique au bleu de méthyle sur le procédé d'aurification consiste d'abord en ceci, que la première nous montre l'appareil terminal des nerfs à son état purement normal, et qu'en second lieu, elle nous fait voir des ramifications de terminaisons nerveuses multiples, qui passent inaperçues avec l'autre procédé.

Il va de soi que la coloration biologique au bleu de méthyle a aussi ses inconvénients, et parmi ceux-ci, je signalerai le peu de durée des préparations et la localisation de l'imprégnation colorante à certains districts nerveux.

Il n'est pas dans mon intention de faire, dans cette réunion, un exposé détaillé des résultats anatomiques que j'ai obtenus dans le cours de ces recherches, d'autant plus que je me propose de consacrer à cet exposé une monographie qui est en cours d'exécution ; je me bornerai pour aujourd'hui à vous présenter un certain nombre de dessins faits d'après nature par M. Laatsch et qui vous permettront de vous faire une idée des services que sont à même de rendre les préparations obtenues par mon procédé.

I. Un premier dessin représente la papille gustative de la grenouille, dont la richesse en éléments nerveux est tellement grande que ces organes papillaires frappent déjà à l'examen macroscopique par l'intensité de leur coloration bleue. Immédiatement au-dessous de l'épithélium de la papille gustative se trouve un plexus très dense de cylinder-axis extrêmement fins et pourvus de varicosités plus ou moins considérables. Les cellules sensoriales s'abouchent par leurs terminaisons avec les varicosités de ce réseau, sans toutefois se fondre en elles. Du plexus principal partent, d'autre part, des ramuscules ténus qui pénètrent dans l'épithélium et dont une partie se rend aux cellules sensoriales, pour se terminer à leur surface sous forme d'un petit renflement extrêmement acéré. Ces résultats montrent avec la plus grande évidence que les filets du nerf gustatif ne se relient pas aux cellules gustatives par voie de continuité, mais par voie de contiguité.

II. Muqueuse olfactive de la grenouille, avec cellules sensoriales d'une coloration très intense, et dont l'extrémité centrale se continue insensiblement et sans ligne de démarcation bien nette avec une fibrille nerveuse pourvue de varicosités.

III. Plaques terminales de fibrilles intra-musculaires, tout à fait typiques, et provenant d'un muscle de l'œil.

IV. Plexus vasculaire très riche, entourant une petite veine, avec quelques muscles circulaires isolés, qui, d'après nos observations, doivent être considérées comme des vaso-constricteurs, dans le vrai sens du mot.

V. Dessins représentant le ventricule du cœur de la grenouille, en voie de pulsation, avec riche plexus nerveux et fibres musculaires du cœur fortement colorées en bleu.

VI. Appareils nerveux terminaux sensitifs, provenant de la vessie d'une grenouille. Ces appareils se présentent sous la forme de taches arrondies, passablement grosses, qui proviennent de la division successive d'une seule fibre nerveuse à gaine de myéline. Les filaments terminaux de cette segmentation portent tous des renflements à leur extrémité.

VII. Dessins qui ont été pris sur un ver vivant, frétillant encore sous le microscope. On aperçoit de nombreuses cellules ganglionnaires colorées en bleu de ciel, qui possèdent un noyau plus clair, et un nucléole relativement volumineux dans l'épaisseur duquel on distingue une zone externe compacte, relativement épaisse, et d'un bleu foncé. Les prolongements multiples de ces cellules se laissent poursuivre jusque dans les muscles, qui sont également d'une teinte bleue et qui communiquent entre eux par des travées étroites. Les fibres nerveuses, ténues, aboutissent aux éléments musculaires avec lesquels elles se fondent, sans interposition d'aucun appareil terminal.

VIII. Les trois tableaux suivants représentent des dessins de cellules ganglionnaires qui me paraissent mériter une mention spéciale et plus détaillée. On sait que les cellules

ganglionnaires du sympathique sont bi-polaires, et qu'un de leurs prolongements, rectiligne, est contourné par l'autre en forme de spirale. En colorant ces cellules au bleu de méthyle, il arrive, chose singulière, que seul le prolongement spiroïde se colore en bleu; de cette façon, il m'a été possible de reconnaître avec la plus grande précision le mode de terminaison de cet organe. D'après mes observations, le filament spiroïde se ramifie en fibrilles très fines, pour former un réseau nerveux terminal qui enveloppe de ses mailles tantôt une partie, tantôt la totalité de la surface de la cellule. D'ordinaire, quelques ramuscules isolés se détachent de ce réseau, cheminent à la surface des cellules et constituent des renflements terminaux distincts, sous forme de boutons. Vous apercevez sur l'une de ces planches des dessins d'une extrême élégance et aux aspects les plus variés, qu'on obtient de cette façon; ce serait s'imposer une peine superflue que de vouloir décrire les modifications diverses que peut subir ce type fondamental. Ce qui a de l'importance, c'est de savoir qu'en imprégnant suffisamment les cellules de bleu de méthyle, il ne s'en est trouvé aucune, sur le tronc du sympathique, sur laquelle manquassent ces réseaux nerveux terminaux, que j'ai retrouvés de la même façon dans les plus petits renflements cellulaires ganglionnaires des organes les plus variés, tels que la vessie, le cœur, le voile du palais, les poumons, etc. Je considère donc ces expansions superficielles des fibres spiroïdes comme un caractère *sui generis* de toutes les cellules du système du grand sympathique.

Quelles conclusions se dégagent de ces observations? Le fait constaté par moi, comme quoi le prolongement rectiligne est privé de toute affinité pour le bleu de méthyle, parle en faveur d'une différenciation fondamentale des fonctions de ces deux ordres de filaments Cette vue de l'esprit est en parfait accord avec les faits découverts par Axel-Key et Rezins, comme quoi seules les fibres contournées possèdent une gaine de myéline. Déjà la manière différente dont se comportent à l'égard de l'impression colorante les deux ordres de filaments porte, d'après mes observations, à admettre que le filament contourné est destiné à la transmission centrifuge. Il suffit d'avoir une seule fois contemplé de pareils dessins, pour être involontairement poussé vers cette supposition que le réseau terminal appliqué à la surface des cellules a son analogue dans les ramifications terminales des muscles striés, dont il ne diffère que par un développement plus avancé. Nous sommes ainsi amenés à nous représenter que les filaments contournés transmettent des excitations qui se projettent avec une assez grande uniformité à la surface des cellules ganglionnaires, par l'intermédiaire de ce réseau terminal. Tandis que le muscle répond à cette décharge par une contraction, la cellule ganglionnaire réagit, suivant son mode propre, par une excitation qui se propage vers l'intérieur, le long du filament rectiligne. Je dois mentionner que j'ai observé quelquefois des figures qui traduisaient une analogie plus étroite encore entre les cellules ganglionnaires et les fibres musculaires. C'est-à-dire que j'ai constaté dans la cellule ganglionnaire des différenciations encore plus tranchées, en ce sens qu'une portion centrale de la cellule, embrassant la plus grande partie du volume de celle-ci, contenant le noyau et se poursuivant par voie de continuité avec le prolongement rectiligne, tranchait par sa coloration bleue avec la portion périphérique, de structure homogène, à la surface de laquelle se répandait le réseau terminal, d'une teinte plus foncée. Sans forcer les choses, on est porté à comparer, en présence d'une telle cellule, le réseau des ramifications nerveuses terminales au réseau terminal qui se répand à la surface des fibres musculaires, la zone périphérique de teinte claire avec la substance de l'enveloppe de la fibre musculaire, la substance centrale colorée en bleu foncé avec la fibre musculaire elle-même. Je pense que ces faits acquerront une grande importance pour la physiologie et la pharmacologie, parce qu'il est très vraisemblable que, à l'instar du bleu de méthyle, d'autres substances (toxiques) se localisent dans ces ramifications nerveuses terminales, et que celles-ci sont susceptibles de se paralyser isolément, comme il arrive pour les plaques nerveuses terminales des fibres musculaires.

Il y a certainement quelque chose de surprenant dans ce fait que le cylinder-axis ne se fond pas dans un tout unique avec la cellule (nerveuse), mais qu'il se termine à la surface de celle-ci par une ligne de démarcation très nette, comme s'il constituait, par rapport à la cellule, une matière étrangère dishomogène. Ainsi se trouve définitivement écartée la vieille théorie, suivant laquelle les expansions filamenteuses des cellules ganglionnaires représentent des prolongements directs de ces cellules vivant dans une sorte de promiscuité; il me semble dès lors commandé d'examiner à ce point de vue une autre espèce de cellules ganglionnaires. Comme objet de cette autre série de recherches, j'ai choisi le ganglion spinal de la grenouille. Ainsi que vous le savez, cet organe est constitué par de gros corpuscules ganglionnaires, qui sont appendus à un prolongement épais, de même qu'une poire à son pédicule; ce prolongement se segmente ensuite en forme de fourche (tube en T). Dans mes recherches sur la coloration des tissus vivants par le bleu de méthyle, j'ai constaté que le corps de la cellule ne s'imprégnait pas, en général, de matière colorante, tandis que la fibre nerveuse prenait une teinte bleue très intense. La communication de la fibre nerveuse avec le corps cellulaire s'établissait par l'intermédiaire d'un court segment interposé entre les deux et formé de fibrilles bleues, qui se terminaient presque immédiatement après leur pénétration dans la cellule. Au moment de la désoxygénation, ce bout terminal restait longtemps sans subir la réduction et présentait alors une teinte d'un bleu verdâtre caractéristique (nuance du bleu d'éthylène).

Des recherches postérieures, qui se sont heurtées à de grandes difficultés, ont conduit à une autre constatation, à savoir celle d'un second appareil terminal superficiel, offrant une teinte d'un bleu violet intense, appareil qui représente une modification de celui qui a été découvert à la surface des cellules ganglionnaires du grand sympathique. De ce dernier, l'appareil terminal du ganglion spinal diffère par les caractères suivants :

1° Il n'embrasse qu'une faible étendue de la surface de la cellule;

2° Il se distingue par une structure beaucoup plus simple;

3° Par la présence de varicosités et de renflements terminaux de dimensions colossales, qui produisent souvent à la surface de la cellule des dépressions très nettes. Les fibres dont émanent ces terminaisons sont d'une ténuité extraordinaire, et, pour cette raison, il m'a été impossible de poursuivre leur parcours ou de remonter jusqu'à leur origine.

Il arrive aussi que les ganglions spinaux présentent la même structure que les ganglions du sympathique, en ce sens que les uns et les autres possèdent un appareil terminal superfi-

ciel et un prolongement rectiligne. Les deux variétés de ganglions présentent néanmoins une différenciation très tranchée, qui réside : 1° Dans la configuration des appareils terminaux superficiels, et 2° par la manière différente dont le prolongement rectiligne se comporte par rapport à l'imprégnation colorante. Les points de vue qui ressortent de ces constatations tont à fait surprenantes santent aux yeux ; il sera désormais indispensable d'établir une distinction rigoureuse entre les prolongements cellulaires et les filaments qui viennent se fixer sur les cellules ganglionnaires par voie de contiguité. Mes observations, qui sont d'ailleurs encore incomplètes, tendent à faire admettre que les cylinder-axis, prolongements des cellules ganglionnaires multipolaires, ne sont qu'apposés au corps de celles-ci, tandis que les prolongements protoplasmiques sont des expansione du protoplasma cellulaire, dans le vrai sens du mot.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. ANESTHÉSIE LOCALE DÉVELOPPÉE PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES OE COCAÏNE, par M. LANNERER (*Centralblatt für Chirurgie*, 1885, n° 48, p. 841). — II. PROLONGATION DES EFFETS ANESTHÉSIQUES OBTENUS AU MOYEN DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CHLORHYDRATE DE COCAÏNE, par le docteur CORNING (*New-York med. Journal*, vol. XLII, n° 12, p. 317). — III. LE MENTHOL, UN SUCCÉDANÉ DE LA COCAÏNE, POUR PROVOQUER L'ANESTHÉSIE LOCALE DE LA MUQUEUSE DU NEZ ET DU PHARYNX, par le docteur A. ROSENBERG (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1885, n° 28, p. 449). — IV. SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET LES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU MENTHOL, par le docteur SCHMITZ (*Centralblatt für klin. Medicin*, 1885, n° 32). — V. SUR L'ACTION ANESTHÉSIANTE DE L'APOMORPHINE, par le docteur O. BERGMEISTER et le professeur E. LUDWIG (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, 1885, fasc. 5, p. 193). — VI. DE L'ACTION DU PRINCIPE ACTIF DU KAWA SUR LA SENSIBILITÉ, par le docteur LEWIN, de Berlin (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1885, n° 104, page 1,173). — VII. DE LA BRUCINE COMME ANESTHÉSIQUE, par le docteur MAYS (*Annales medico-chirurgicales*, 1885, n° 9). — VIII. DE L'ACTION QUE L'ACIDE CHLORHYDRIQUE DILUÉ EXERCE SUR LA SENSIBILITÉ ET LA MOTILITÉ DES NERFS, par C. NEGRO (*Archives italiennes de biologie*, t. VI, fasc. 3, p. 357).

I. Nous avons analysé dans ce journal les principaux travaux parus depuis tantôt un an, qui avaient trait à l'action analgésiante et anesthésiante locale de la cocaïne et aux applications qu'on en avait faites à différentes branches de l'art de guérir. Deux circonstances ont restreint jusqu'ici le cercle de ces applications : c'est, d'une part, la distribution de l'anesthésie, qui est essentiellement superficielle qnand la cocaïne est appliquée sur une membrane intacte; d'autre part, la durée relativement très courte de cette anesthésie.

Voici deux tentativee qui ont été faites en vue de remédier à ces inconvénients :

Pour obtenir une anesthésie locale gagnant en profondeur, M. LANDERER injecte sous la peau la valeur de 2 à 3 divisions du contenu d'une seringue de Pravaz remplie avec une solution de cocaïne à 4 %. L'anesthésie est généralement obtenue au bout de cinq minutes et embrasse une zone de l'étendue d'une pièce de cinq marks (un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs); en profondeur elle s'étend au-dessous des aponévroses, jusque dans les couches les plus superficielles des masses musculaires sous-jacentes. L'opérateur se met alors en devoir d'inciser la peau, et si le patient accuse de la douleur, l'opération n'est poursuivie qu'au bout de une à deux nouvelles minutes, délai suffisant pour que l'anesthésie soit devenue complète. Celle-ci dure en général une demi-heure, et pour la prolonger au-delà de ce délai, il suffit d'instiller quelques gouttes de la solution de cocaïne dans la plaie, la substance analgésiante ne tardant pas à être absorbée. Cette manière d'obtenir l'anesthésie locale n'entrave en rien la cicatrisation par première intention. Pendant l'opération, la sensibilité tactile n'est pas complétement abolie; le malade, au bout de quelques instants, a conscience des piqûres ; toutefois celles-ci ne sont pas perçues à l'état de sensations douloureuses. M. Landerer n'a jamais vu survenir de phénomènes d'intoxication générale, chez les opérés qu'il avait anesthésiés de cette façon. Il s'est fait à lui-même deux injections sous-cutanées de cocaïne (0,3 d'une solution à 4 %) : une le matin, une le soir. La première n'a été suivie d'aucun effet appréciable ; la seconde a retardé un peu l'invasion du sommeil. Il ajoute ce renseignement très intéressant, qu'une personne de sa connaissance s'est injecté sous la peau, dans l'espace des six derniers mois, pour 625 francs de cocaïne, dans le but de suppléer par là les injections de morphine dont elle avait contracté l'habitude ; cet usage prolongé de la cocaïne n'a eu aucune suite fâcheuse. M. Landerer a pu se convaincre que la personne en question ne portait sur le corps aucune trace d'abcès.

Naturellement, le procédé d'anesthésie indiqué ci-dessus n'a été employé que pour de petites opérations : incisions, extractions d'aiguilles, extirpations de petites tumeurs. Chez un malade, une injection de cocaïne (0,3 d'une solution à 4 %), a été pratiquée dans une hydrocèle syphilitique, avant une injection de solution iodo-iodurée, et pour prévenir les douleurs qu'occasionne celle-ci quand elle est faite seule. Les deux injections ont été poussées à travers la même canule, à cinq minutes d'intervalle. Le malade a ressenti, mais seulement six heures après l'opération, une douleur modérée et très passagère.

II. Les expériences de M. CORNING ont eu comme objectif de prolonger la durée de l'anesthésie locale que développent les injections de cocaïne, de façon à la rendre applicable à des opérations autres que celles qui sont du ressort de la petite chirurgie. M. Corning s'est dit que la fugacité de cette anesthésie était sans doute en rapport avec la diffusion de la cocaïne absorbée dans les liquides en circulation. Cette hypothèse lui a suggéré l'idée de provoquer une stase circulatoire locale, avant ou après l'injection de cocaïne. Voici comment la chose a été réalisée :

Dans une première expérience, après avoir injecté sous la peau, à proximité du tendon du biceps et du nerf brachial cutané interne, 30 centigrammes (cinq *minims*) d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 0/0, il attendit que l'anesthésie locale provoquée autour de la piqûre se fût bien dessinée. Puis il adapta immédiatement au-dessus du coude le tourniquet d'Esmarch, en serrant l'appareil assez fort pour supprimer les battements de la radiale. Après quinze minutes de compression, l'anesthésie avait envahie la face antérieure de l'avant-bras dans une étendue de plusieurs pouces, et son

intensité était telle que les pincements et les piqûres de la pean n'étaient plus ressentis à ce nivean. L'anesthésie alla en s'accentuant pendant les quinze minutes suivantes, ce que M. Corning attribue à l'imbibition du nerf voisin par la cocaïne. Lorsque, an bout de dix autres minutes, le tourniquet fnt enlevé, l'anesthésie provoquée disparut en l'espace de quelques instants.

Dans nne seconde expérience, M. Corning rendit exsangue l'avant-bras gauche, au moyen de la bande d'Esmarch ; une fois ce résultat obtenu, il appliqua le tourniqnet compresseur pour ensuite injecter en plusieurs temps, mais à des intervalles très courts, en tont 60 centigrammes (10 minims) d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 0/0; les piqûres furent échelonnées sur une ligne allant d'un bord du bras à l'autre, en passant sur la face antérieure. Au bout de dix et de quinze minutes, on n'avait pas obtenu d'anesthésie marquée ; au siége des piqûres, la pean était proéminente, preuve que le liquide injecté n'avait pas été absorbé. Pour obtenir ce résultat, on eût recours au massage. Presque aussitôt, la peau devenait insensible dans l'étendue d'une zone qui embrassait toute la largeur de l'avant-bras et qui, dans le sens de la longueur, mesurait de un pouce à un pouce et demi ; il n'y avait pas d'anesthésie bien manifeste sur le trajet des nerfs de l'avant-bras.

Dans une troisième expérience, M. Corning fit d'abord les injections de cocaïne, pour appliquer ensuite la bande d'Esmarch sur l'avant-bras, en évitant que la compression s'exerçât sur le siége des piqûres. Il appliqua finalement le tourniquet compresseur. Le résultat fut nne anesthésie locale d'étendue beaucoup plue considérable que dans l'expérience précédente; elle s'étendait principalement le long du nerf cutané externe, dans le voieinage duquel avait été poussé l'injection. Le tourniquet resta en place pendant une demi-heure, sans que l'on constatât la moindre diminntion dane le degré de l'anesthésie.

Il semble donc, conclut M. Corning, qu'il soit possible de prolonger, dans une proportion suffisante pour les besoins de la chirurgie, l'anesthésie locale ohtenue à la suite d'une injection unique de chlorhydrate de cocaïne employée soue forme d'une solution de concentration moyenne, en faisant en sorte que lee nerfs trouvent à s'imprégner de la substance analgésiante, et que celle-ci ne soit pas entraînée trop rapidement par le torrent circulatoire.

Mise en éveil par la découverte des propriétés anesthésiantes si remarqnable de la cocaïne, la curiosité scientifique de quelques expérimentateurs est allée à la recherche de substances douées des mêmes propriétés, tout en étant d'un prix plue abordahle. Voici une série de substances qu'on a signalées dans ces derniers temps, comme étant douées de la propriété de produire une anesthésie locale à la snrface des tissus avec lesquels on les met en contact : *menthol, apomorphine, kawa, brucine, acide chlorhydrique.*

E. RICKLIN.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SARCOME ET TRAUMATISME (Trois observations, par M. PEARCE-GOULD (1).

I. — Une jeune fille de 16 ans, ayant fait un faux-pas, tomba lourdement sur son bras gauche. Dans la chnte, le coude porta violemment sur le sol (octobre 1884).

Quelque temps après l'accident, les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras devinrent pénibles.

Vers la fin de décembre, la malade remarqua une tuméfaction du coude qui s'accrut progressivement.

Le 19 mars 1885, M. Pearce-Gould l'examine et constate nne tumeur ou plntôt un épaississement de l'extrémité supérieure du radius ganche du volume et de la forme d'un œuf de poule. Dure et résistante, la tumeur n'est pas douloureuse à la pression. La peau qui la reconvre est souple, mobile et sans coloration anormale. Gêne très marquée des mouvements de pronation et de supination ; la flexion et l'extension s'exécutent parfaitement.

La malade n'est ni syphilitique, ni strumeuse. Son état général est excellent. Badigeonnages de teinture d'iode.

Le 9 avril, la tnmeur a envahi tout le tiers supérieur de l'os. La peau est rouge et chaude ; il y a un peu de fluctuation sur un point.

Le 13 avril, on fait une ponction exploratrice qui donne issue à quelques grammes de sang et est suivie d'un affaissement de la tumeur.

Le 16 avril, amputation du bras au-dessus des coudyles. Le néoplasme avait détruit toute l'extrémité supérieure du radius. Le cartilage articulaire était intact et partant l'articnlation respectée. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome avec petits foyers hémorrhagiques interstitiels. Guérison.

II. — Une femme âgée de 26 ane vint consulter, le 27 juin 1885, pour une tumeur de la cuiese gauche.

Trois mois avant, elle avait fait une chnte dane laquelle la partie inférieure de la cuisse avait frappé le bord tranchant d'une marche d'escalier.

Six semaines aprée, la malade accusa des douleure vagues au-dessus du genou. Bientôt apparut nne tumeur ayant à peu prée, lorsque le sujet la remarqua, le volume d'une grosse noix.

La tumeur se développa rapidement, englobant l'extrémité inférieure du fémur depuie sa face antérieure jusqu'à sa partie postérieure, saillante surtout en dedans ; la masse était dure, mal délimitée, sans adhérence à la peau, sans battements, sans craquements ; lee mouvements du genou ne paraiesaient pas génés.

Diagnostic : Sarcome sous-périosté.

L'état général était bon, il n'y avait pas de retentissement ganglionnaire ; l'amputation de la cuisse fut pratiquée. L'examen histologique vint confirmer le diagnostic.

Mais la récidive snrvint dans les ganglions inguinaux et iliaques.

III. — J..., âgé de 70 ans, tombe lourdement sur son bras droit, le 29 octobre 1884 ; contusion du bras qui nécessite plusieurs jours de traitement et de repos à l'hôpital.

En février 1885, le malade se plaint d'une douleur vive dans le bras droit et d'une gène fonctionnelle très marquée. On constate alors de la mobilité anormale de la diaphyse humérale; le bras est immobilieé aussitôt et placé dans un appareil à fracture.

Quand on enleva l'appareil, on vit que l'humérus était fortement tuméfié vers sa partie moyenne. On sentait battre l'artère humérale an-dessus et un peu au-dedans de la tumeur,

(1) Pearce-Gould (*The Lancet*, 5 décembre 1885, p. 1035).

On notait en même temps une paralysie complète des muscles fléchisseurs de la main et des doigts, une parésie légère des extenseurs. Le malade accusait des élancements douloureux et une sensation insupportable de brûlure dans la main et l'avant-bras.

Pas de tuméfaction ganglionnaire.

L'amputation du bras fut pratiquée. Dans ce cas, comme dans les deux précédents, l'examen microscopique montra qu'il s'agissait bien d'un sarcome.

La récidive se fit sur l'apophyse coracoïde.

Dans ces trois observations de Pearce-Gould, l'influence du traumatisme sur le développement du néoplasme apparaît avec une netteté remarquable. Ces faits viennent donc se ranger à côté de ceux publiés, en France, par MM. Verneuil, Kirmisson, Reclus, etc.

Utérus et vagin doubles. — Grossesse bilatérale, par M. Butler-Smythe (1).

L. U...., âgée de 23 ans, a été réglée à 16 ans et bien réglée durant plusieurs mois; mais bientôt elle remarqua qu'à chaque époque l'écoulement menstruel cessait dès le second jour et recommençait ensuite 24 heures après, pour durer 8 à 10 jours.

Mariée à 17 ans, elle éprouvait de violentes douleurs dysménorrhéiques à chaque période menstruelle. Dans les intervalles, pas de phénomènes douloureux.

Deux ans après, elle devint enceinte. Durant le 7e mois de sa grossesse, elle fut renversée et contusionnée par une voiture. Aussitôt, elle fut prise de vomissements, de douleurs abdominales vives et, cinq jours après, elle accouchait d'un fœtus mâle.

Les coliques utérines persistèrent et 48 heures après, elle accouchait brusquement d'un second fœtus, plus petit que le premier, et d'un second placenta accompagné de ses membranes.

Les suites de couches furent longues; très affaiblie, elle ne put quitter le lit qu'au bout de trente jours.

Depuis cette époque, elle souffrait de douleurs dans le bas-ventre et les régions lombaires; elle avait des hémorrhagies abondantes aux époques menstruelles; des pertes blanches dans les périodes intercalaires; enfin, le coït était douloureux et fréquemment suivi de petites hémorrhagies.

Cette femme est bien constituée, ses mamelles sont développées, les organes génitaux externes paraissent bien conformés, mais par le toucher et l'examen au spéculum, voici ce que l'on constatait:

Le *vagin* est divisé, par une cloison verticale et antéropostérieure, en deux compartiments d'inégale capacité, s'étendant de l'anneau vulvaire aux cols utérins qu'elle sépare. Cette cloison offre une épaisseur de 2 centimètres environ. Immédiatement au-dessous des cols utérins se voit une perforation.

Le vagin gauche est plus développé que celui du côté droit. Au fond de chacun d'eux, on sent aisément les *cols utérins*. L'un est arrondi, l'autre court et aplati; leurs orifices sont irréguliers et présentent des dépressions cicatricielles.

Par l'exploration du doigt combinée au palper abdominal, on sent aisément un sillon profond séparant les fonds des deux utérus; on reconnaît aussi que le fond de l'utérus gauche est plus volumineux que son congénère du côté opposé. En pratiquant simultanément le cathétérisme des deux utérus, on peut se convaincre de leur parfaite indépendance.

La cloison vaginale fut détruite au thermocautère; cette intervention fit disparaître les troubles dysménorrhéiques dont se plaignait surtout la malade.

Utérus bifide, vagin cloisonné (1).

Dans le second cas observé par M. Butler-Smythe, il s'agit d'une femme qui, réglée à 16 ans et bien réglée, avait toujours joui d'une parfaite santé. Elle se maria : les tentatives de coït furent douloureuses et la pénétration impossible. Un médecin consulté reconnut une cloison vaginale et l'incisa.

A l'examen qu'il pratiqua plusieurs années après, M. Butler-Smythe retrouva les vestiges de la cloison vaginale. Soupçonnant la présence d'un cloisonnement analogue de l'utérus, il introduisit un cathéter, puis un second, dans la cavité utérine, et il put ainsi se rendre compte de l'existence d'une membrane divisant l'utérus en deux moitiés distinctes et à travers laquelle les deux sondes ne pouvaient jamais venir au contact.

Pas de dysménorrhée. Un peu de douleur lombaire, de la pesanteur à la vessie, et c'était là tout le désordre fonctionnel.

A. Dutil.

(1) *The Lancet*, — 12 décembre 1885, p. 1090.

(1) The Lancet, 12 décembre 1885.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'embryologie humaine et comparée, par Ch. Debierre, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, avec 321 figures dans le texte et 8 planches en couleur hors texte. — Octave Doin, éditeur.

Nous sommes arrivés à une époque où on ne discute plus sur la haute importance et sur l'utilité des connaissances embryologiques.

Au point de vue purement spéculatif, l'embryologie, envisagée comme branche des sciences biologiques, a fait un immense pas, grâce à l'emploi du microscope et aux progrès de la technique.

Elle ne étudie plus seulement les diverses phases de l'évolution morphologique des organes, mais elle pénètre encore dans la constitution intime de l'embryon dès son apparition. Dès sa formation, elle suit les liens qui rattachent les organes primitifs aux feuillets blastodermiques, et, plus tard, elle élucide les conditions de la différenciation des divers tissus, et elle nous fournit des notions précises sur leur histogénie.

Les récentes recherches de Fol, Sebukca, Mathias Duval, Balbiani, etc., qui semblent avoir fixé nos connaissances sur la spermatogenèse et sur les phénomènes de la fécondation, sont des recherches micrographiques. J'en dirai autant des travaux sans nombre publiés sur le blastoderme, sur ses divers feuillets, sur la ligne primitive, sur les involutions névroxiales et glandulaires, etc.

L'embryologie microscopique est à l'embryologie morphologique, ce qu'est l'histologie à l'anatomie descriptive.

Ces immenses progrès, réalisés par cette science, doivent lui assurer désormais une large part dans l'enseignement classique.

Depuis les travaux de Samork, de Darwin, de Hœckel, etc., les êtres organisés ne sont plus envisagés comme formant des individualités distinctes, mais bien comme constituant les anneaux d'une chaîne ininterrompue.

Or, comme cela a été mis particulièrement en lumière par Hœckel, on retrouve, dans les phases du développement embryonnaire des animaux supérieurs, les divers stades par lesquels a passé la série *philogénique*.

Pour qui ne connaît pas l'embryologie, la théorie darwinienne est privée d'un de ses corollaires principaux.

En nous plaçant à un point de vue plus étroit, plus pratique, plus médical, nous dirons que toute la tératologie, l'étude des anomalies de développement n'est possible que grâce à l'embryologie.

Comment comprendre les affections congénitales du cœur, les malformations de l'utérus, la production du spina bifide, pour prendre des exemples vulgaires, sans savoir comment se développe le tube cardiaque, les canaux de Müller, l'involution névroxiale, etc.

La Manuel publié par M. *Debierre* répond donc à un véritable besoin, car il n'existe pas, dans notre littérature médicale, de livre d'ensemble sur l'embryologie à la portée des médecins et des étudiants.

Le traité allemand de Kœlliker, récemment traduit en langue française, est fort estimable, à tous égards, mais c'est un ouvrage volumineux, très complet, trop complet même, pour des débutants.

Le Manuel de M. Debierre, écrit en style clair, est élémentaire tout en étant érudit. Les noms des auteurs auxquels l'auteur a puisé sont cités dans le cours du texte.

Enfin, la meilleure recommandation que nous puissions faire de cet ouvrage, c'est qu'il a été honoré d'une préface par M. le professeur Renaut (de Lyon), dont on connaît la haute compétence en ces matières. Présenté au public médical sous de tels auspices, ce livre est appelé à un grand succès.

G. VARIOT.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

PRINCIPES DE L'ALIMENTATION DES ENFANTS. — S'il est vrai, comme l'enseignent les auteurs les plus autorisés, West notamment, que les organes digestifs de l'enfant acquièrent l'aptitude à digérer les substances amylacées, plusieurs mois seulement après la naissance; s'il est vrai que la salive si abondante qui s'écoule de la bouche du nourrisson en travail de dentition est dépourvue de diastase et impropre, par conséquent, à modifier la fécule ou amidon, l'alimentation prématurée au moyen de bouillies, de panades, de soupes, etc., est condamnée scientifiquement au nom de l'anatomie et de la physiologie.

Mais cette démonstration était vraiment superflue. La clinique ne l'a que trop souvent fournie aussi probante que peuvent la demander les plus sceptiques et les moins clairvoyants. Pour le médecin, la question est vidée et la discussion oiseuse.

Nous admettons tous, avec unanimité, comme premier principe d'alimentation dans la première enfance, que le lait seul doit constituer l'aliment exclusif jusqu'au sixième mois, et quelquefois jusque vers la fin de la première année.

Mais quand vient l'époque de transition et de sevrage, où il convient d'adjoindre au lait ou de lui substituer des aliments solides, nous sommes partagés et indécis. En conséquence de cette incertitude, le médecin s'en remet à l'ordinaire, pour la deuxième alimentation, aux données de l'empirisme et, pour tout dire, aux soins des bonnes gens ou plutôt des bonnes femmes.

Est-il donc impossible d'établir des lois et des principes pour se conduire dans cette seconde phase de la vie végétative?

D'une part, les physiologistes nous apprennent que le rapport des substances azotées aux matériaux hydrocarbonés doit être, dans un aliment complet, de 1 des premières à 5 des seconds; et l'expérience montre que si ce rapport s'élève et devient 1 à 7 ou même 1 à 6, ou s'abaisse et descend à 1 à 4, il survient des troubles de la nutrition et un état morbide apparaît.

D'antre part, si nous consultons le tableau d'analyse chimique qui nous donne la composition des principales graminées alimentaires, tel que Payen l'a dressé, nous y trouvons qu'une seule de ces semences remplit parfaitement les conditions exigées par les règles scientifiques et les données de l'expérience C'est l'analyse de la farine d'avoine qui présente ce rapport reconnu nécessaire. En effet, sa composition élémentaire donne exactement 14,39 de matières azotées et 75,34 d'hydrocarbure p. 100. Ce n'est pas tout: dans ces 75,34 de substances carbonées, on distingue 9,25 parties de dextrine, c'est-à-dire d'amidon déjà modifié et presque assimilable, et 5,50 de matières grasses, proportion double de celle que fournissent les blés les plus nutritifs.

Ce dernier point n'est pas indifférent, puisque nous savons que l'enfant dépense, toutes proportions gardées, plus de chaleur que l'adulte, et que les corps gras sont les générateurs de calorique les plus puissants. Ici donc la substance calorigène se trouve condensée heureusement sous un petit volume.

Quant aux substances minérales, c'est-à-dire le phosphate de chaux et de magnésie, les sels de potasse et de soude, le fer et la silice, elles représentent 3,25 p. 100, coefficient le plus élevé de toute la série des céréales usitées.

Si donc on compare la farine d'avoine à celle des autres graminées, on voit, en résumé, qu'elle est caractérisée :

1° Par le rapport parfait qui s'y trouve entre les substances azotées et les composés tertiaires;

2° Par le chiffre supérieur des substances minérales, éléments du squelette et du sang;

3° Par la forte proportion des matières grasses, moyen d'engraissement et combustible condensé.

C'est pourquoi, dit Payen, on s'explique que « l'avoine, débarrassée de ses écailles ou enveloppes, et réduites en gruau, soit employée avec succès dans l'alimentation des hommes en Irlande et en Ecosse, et plus particulièrement introduite dans le régime alimentaire des enfants, sous forme de potages, en Angleterre ». Mais, ajoute le savant chimiste « le gruau d'avoine est l'objet de véritables falsifications; sur 30 échantillons pris dans différentes boutiques, 16 se sont trouvés falsifiés. »

C'est en connaissance de ces rares propriétés, et pour sauvegarder la pureté de ce produit, que des chimistes français ont formé l'heureuse entreprise de spécialiser une farine de gruau d'avoine, préparée suivant les procédés perfectionnés que l'industrie possède aujourd'hui.

C'est là l'origine de la *farine Morton*, au gruau d'avoine, recommandée par les sommités scientifiques et à laquelle un médecin renommé des hôpitaux d'enfants, le professeur Bouchut, a consacré un travail élogieux.

Si, comme j'ai essayé d'en donner la raison scientifique, la farine d'avoine mérite d'être adoptée comme second aliment dans le bas âge, c'est la *farine Morton* qu'il faut prescrire pour offrir aux nourrissons toutes les garanties que nous avons le devoir d'exiger pour eux.

(GAZETTE DES HÔPITAUX.) Dr ACHENNE.

NOTES & INFORMATIONS

OUVERTURE DU COURS DE GYNÉCOLOGIE A L'HÔPITAL DE LOURCINE. — M. Pozzi a inauguré lundi dernier son cours de gynécologie à l'hôpital de Lourcine au milieu d'un sympa-

thique auditoire qui comprenait, outre des élèves en médecine, bon nombre de praticiens de la ville. Cet empressement général à se rendre à un cours dû à l'initiative privée s'explique certainement par le talent déjà éprouvé du jeune professeur, mais trouve aussi en partie sa raison d'être dans l'utilité d'un enseignement que la Faculté de médecine de Paris, en retard sur la plupart des Facultés étrangères, et, en France, sur celle de Lyon, n'a pas encore inscrit dans son programme officiel. La gynécologie cependant est l'une des branches de notre art les plus importantes, les plus nettement définies; qui exige au même titre des connaissances, des aptitudes médicales et chirurgicalee; qui, par ces raisons, réclame et justifie le mieux un enseignement spécial. Il est heureux, en attendant la création d'une chaire qui, tôt ou tard, ne peut manquer de s'imposer, que des médecins et chirurgiens des hôpitaux, dévonés comme M. Pozzi, se donnent pour mission de combler une si regrettable lacune.

OBSÈQUES DE M. JULES GUÉRIN A HYÈRES. — M. Jules Guerin, décédé et inhumé loin de Paris, n'a pas eu tous les honneurs funébrese auxquele son titre de membre de l'Académie de médecine et son rang élevé dans la médecine contemporaine lui donnaient droit. Les médecins d'Hyéres n'ont pas voulu toutefois qu'un homme de sa valeur descendît dans la tombe sans qu'une voix s'élevât pour exprimer les regrets que sa mort laisse dans une profession qu'il a honorée. M. le docteur Chassinat, ancien ami du défunt, et M. Marqnez, membre du conseil général de l'Association des médecins de France, ont été les interprêtes émus et éloquents du corps médical. Nous nous faisons un devoir de reproduire leurs discours.

Discours de M. le docteur Marquez.

Messieurs,

Notre Hyères,dont le séjour est si volontiers recherché par ceux qui souffrent, par ceux qui ont besoin de calme et de repos, vient de voir s'éteindre, à court intervalle, deux hommes d'un grand mérite : M. Edmond Tulasne, à qui je fermais les yeux, il y a un mois à peine; M. Jules Guérin, dont j'ai dû constater la mort, lundi; deux hommes qui ont servi avec distinction les intérêts de la science, chacun dans la spécialité de son choix et de ses aptitudes, mais dont l'un semblait, dans la pratique de devoirs particuliers et sans éclat, avoir oublié que l'Institut lui avait ouvert ses portes à trente-huit ans, tandis que le second, malgré les progrès de l'âge, est demeuré militant jusqu'au bout.

Ce fut un vaillant travailleur, messieurs, ce docteur Jules Guérin qui vient de mourir à quatre-vingt-cinq ans, an milieu de nous, loin de Paris où, plus d'un demi-siècle durant, et il y a peu de jours encore, il a fait preuve d'une activité scientifique des plus remarquables. Ses succès, presque au sortir de l'école, ont fixé de bonne heure l'attention sur lui et mis en relief le talent et l'esprit d'indépendance par lesquels il s'est signalé à la direction de la GAZETTE MÉDICALE qu'il a fondée en 1830, aussi bien qu'à la tribune de l'Académie, où il est entré en 1842 et dont, après M. Chevreul, il était le membre le plus ancien, lorsque la mort l'a surpris.

M. Jules Guérin a été un polémiste ardent et convaincu, habile à défendre ses croyances par la plume et par la parole, tenace à ses idées, ainsi que nous l'avons vu récemment encore à l'occasion de la discussion des phénomènes prémonitoires du choléra et de la question des quarantaines; il a été aussi un clinicien sérieux, un praticien souvent heureux et longtemps goûté. Nous lui devons des recherches importantes sur les monstruosités; — la méthode des pansements par occlusion pneumatique et celle des opérations sous-cutanées si heureusement appliquées au traitement de certaines difformités du corps humain; — des études sur le rachitisme, les arthralgies et la tuberculose qui ont conduit leur auteur à la théorie de la paralysie organique et à la conception de deux méthodes thérapeutiques, vieilles aujourd'hui de plus de trente années, mais dont l'une, la méthode stibio-dermique, malgré des services honorables, n'a pas réussi à s'attirer la vogue qui s'est attachée, depuis peu d'années surtout, à sa contemporaine, la méthode des cautérisations ponctuées ou des pointes de feu.

Ce fut un caractère, ce penseur toujours préoccupé de la recherche et de la détermination de l'élément pathogène, dans l'étude des maladies; ce travailleur toujours maître de son idée, jamais oublieux de la faire valoir et qui, plus de soixante ans, a eu assez d'énergie pour pratiquer tous les labeurs de notre profession. — Au cours de sa longue carrière, M. Jules Guérin a rendu à la science des services dont celle-ci gardera le souvenir. Qu'il me soit permis de le rappeler devant vous, messieurs, en ce moment où nous rendons les derniers devoirs à la dépouille mortelle de ce savant qui semble n'avoir point connu la fatigue et pour qui Dieu cependant vient de sonner l'heure du grand repos.

Discours de M. le docteur Chassinat.

Messieurs,

Un homme éminent, un grand médecin dont la haute personnalité, les nombreux et remarquables travaux sur toutes les branches de l'art de guérir, ont tenu, pendant plus de cinquante ans, l'attention du monde savant en éveil, — à l'honneur de la patrie française, — M. le docteur Jules Guérin, membre de l'Académie nationale de médecine, officier de la Légion d'honneur, un des doyens du corps médical parisien, vient de terminer dans notre ville, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans, sa longue et honorable carrière.

Ce n'est ici ni le lieu, ni le moment, de vous présenter une appréciation, ni même une simple énumération des œuvres et des titres scientifiques de l'illustre défunt. Ce serait mettre votre patience à une trop rude épreuve; et, d'ailleurs, ce serait un trop long travail, tant les œuvres sont nombreuses et importantes, et une tâche trop lourde pour mes faibles forces. Aussi bien, plus tard et dans d'autres lieux, des voix plus autorisées et plus retentissantes que la mienne se feront sans doute un devoir de prodiguer à la mémoire de notre célèbre confrère les hommages qui lui sont légitimement dus et que mon insuffisance ne saurait dignement lui rendre.

Je veux seulement lui adresser un éternel adieu sur cette humble terre d'Hyères où il est venu obscurément mourir, loin du vaste théâtre de sa renommée et de sa gloire, loin des honneurs et des éloges dont ses collègues de l'Académie de médecine, ses élèves qui sont aujourd'hui des maîtres, ses nombreux clients, ses amis plus nombreux encore, eussent illustré son cercueil.

Docteur Jules Guérin, cher et tant regretté confrère, au nom de la science que vous avez honorée et agrandie, au nom du corps médical dont vous avez mérité et obtenu l'estime et l'admiration, et — s'il m'est permis de le dire — au nom de notre vieille amitié, adieu !

R. F. D.

NOUVELLES

COURS SUR LES EAUX MINÉRALES ET LES MALADIES CHRONIQUES. — Le docteur Durand-Fardel commencera ce cours le mardi 10 février, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi et jeudi de chaque semaine, à la même heure.

Ce cours sera fait en 12 leçons.

***

— Par décret, en date du 31 janvier 1886, M. le docteur Paul Bert, député, membre de l'Institut, est envoyé en mission tempo-

raire en Annam et au Tonkin, pour exercer les fonctions de Résident général.

ANNUAIRE DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Au moment de mettre sous presse la nouvelle édition, la Commission de l'Annuaire de l'Internat prie les internes et anciens internes de vouloir bien lui communiquer les changements survenus depuis la nouvelle édition, et d'adresser ces renseignements le plus tôt possible à M. le docteur Sevestre, 7, rue Scribe.

— Les amis et élèves de Robin ont ouvert une souscription pour recueillir les fonds nécessaires à l'érection d'un monument qui perpétuera la mémoire du professeur de la Faculté de médecine de Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 24 AU SAMEDI 30 JANVIER 1886.

Fièvre typhoïde 14.—Variole 5.— Rougeole 15. — Scarlatine 6. — Coqueluche 10. — Diphtérie, croup 39 — Choléra 0. — Dysentérie 0 — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 10. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 35. — Phthisie pulmonaire 204. — Autres tuberculoses 27. — Autres affections générales 68. — Malformation et débilité des âges extrêmes 72. — Bronchite aiguë 40. — Pneumonie 126. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 24. — au sein et mixte 16. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 140. — de l'appareil circulatoire 79. — de l'appareil respiratoire 98. — de l'appareil digestif 54. — de l'appareil génito-urinaire 32. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 23. — Causes non classées 16. — Total de la semaine : 1172 décès.

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, GEORGES BERRYER, avocat à la Cour d'appel de Paris, et GABRIEL POUCHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un volume grand in-8 de 1,700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue, chez Delahaye et Lecrosnier. — Paris 1886. (*Ouvrage couronné par l'Institut de France.*) — Prix : 27 fr.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Des ecchymoses cutanées. Etude médico-légale, par E. Perrin de la Touche, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1885 Un vol. in-8 de 171 pages. — Prix : 3 fr. — Paris. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Dictionnaire des aliments et des boissons en usage dans les divers climats et chez les différents peuples, par A.-F. Aulagnier, membre de l'Académie de médecine. Troisième édition, revue et publiée par F.-M.-Adolphe Aulagnier fils, médecin principal des armées en retraite. — Paris, G. Masson, un vol. in-8, 884 pages. — Prix : 10 fr.

Traité pratique des maladies vénériennes, par le docteur Louis Jullien, lauréat de l'Institut et de la Faculté de médecine, 2e édit. 1886. Un vol. gr. in-8 de 1271 pages, avec 246 fig. dans le texte. — Prix, cartonné : 21 fr. — Paris. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 35, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

SUR L'OSTÉITE DÉFORMANTE OU PSEUDO-RACHITISME SÉNILE, par le docteur S. POZZI, agrégé, chirurgien de Lourcine(1).

La connaissance de la maladie dont je désire entretenir le Congrès est de date nouvelle. C'est le 14 novembre 1876 que sir James Paget lut son premier mémoire devant la Société Royale médicale et chirurgicale de Londres. Le titre de ce travail fondamental est le suivant : *Sur une forme d'inflammation chronique des os (osteitis deformans)*. Il a été publié dans le soixantième volume des *Medico-chirurgical Transactions*, 1877 (page 37).

Viennent après, par ordre chronologique : l'observation publiée par Charters G. Symonds dans les *Guy's Hospital Reports*, 1880-81; un mémoire additionnel de sir James Paget dans les *Medico-chirurgical Transactions*, 1882; diverses observations présentées à la Pathological Society de Londres par S. Wilks, Charters, G. Symonds, Treves, Henry Morris, Barlow, Bowlby, Turner, etc. (voir les Comptes Rendus de cette Société in *British medical Journal, passim*). Enfin un mémoire que je n'ai pu consulter a été publié en Amérique par Ellinwood, dans la *West Lancet*, San-Francisco, 1883. En France, je n'ai pas trouvé d'autre document sur cette curieuse affection que la très courte notice que le docteur Vincent lui a consacrée dans la traduction française de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie* (t. IX, p. 359). Mais il se borne à résumer les mémoires de Paget sans y apporter aucune observation nouvelle. C'est ce qui m'a engagé à rapporter *in extenso* les faits suivants, dont l'un m'est personnel, tandis que les deux autres m'ont été gracieusement communiqués par M. le professeur Ollier. — Je tracerai ensuite rapidement une esquisse de la maladie telle que nous l'ont fait connaître les divers travaux publiés jusqu'à ce jour.

OBSERVATION I. (Recueillie par M. Thouvenet, interne du service). —*Ostéite déformante.—Incurvation des tibias et des os des membres supérieurs. — Ostéite fongueuse du doigt. — Otorrhée. — (Scrofule sénile)*.

Louvel, casquettière, soixante-deux ans, entrée à l'hôpital Pascal, salle A, lit n° 5.

Antécédents. — Bonne santé habituelle; pas de signes de scrofule dans l'enfance, pas de syphilis, pas de rhumatisme.

Réglée à dix-sept ans, régulièrement jusqu'à quarante-cinq ans, époque de la ménopause.

A vingt-et-un ans, elle a eu un enfant actuellement âgé de trente-et-un ans et bien portant, mais qui a eu de la gourme dans son enfance.

Mère morte à quarante-cinq ans, à la suite d'une maladie qu'on ne peut spécifier. Père inconnu. Elle avait trois sœurs qui sont mortes, dit-elle, au retour d'âge, après une longue maladie.

Gagnant très peu, étant seule à suffire à ses besoins, elle s'est longtemps mal nourrie et d'une alimentation presque exclusivement végétale.

Il y a quinze ans qu'a débuté l'affection osseuse dont elle est atteinte. C'est la jambe gauche qui, la première, a été le siège de douleurs vives, localisées surtout dans le talon et dans le genou. Ces douleurs, qui ont persisté quatre ou cinq ans, n'apparaissaient que quand la malade se fatiguait plus que d'habitude.

Aux changements de temps, son tibia devenait également douloureux. Jamais elle n'a interrompu son travail. En même temps qu'elle souffrait de sa jambe gauche, elle remarque que cette dernière se déforme. Le tibia décrit une courbe antérieure, et progressivement il arrive à se déformer au degré que nous allons décrire.

Il y a un an seulement qu'elle s'aperçoit que sa jambe droite se déforme.

Etat actuel.—La jambe du côté gauche décrit une forte courbure à convexité antérieure (en lame de sabre). Les épiphyses sont également augmentées de volume, surtout la supérieure.

Le péroné n'a ni augmenté de volume, ni changé de direction, ce qui fait que l'espace interosseux est très large, surtout à la partie moyenne. La jambe est aplatie de dehors en dedans.

Les muscles de la région postérieure sont tendus à la manière d'une corde sur le tibia courbé qui forme l'arc.

La jambe droite est moins déformée. Le tibia décrit une courbure à convexité antérieure. La malade étant couchée sur le dos, les deux talons rapprochés, les tubérosités internes des tibias sont distantes de 24 centimètres.

La jambe gauche est légèrement plus courte que la droite. Pendant la marche, la malade boite et s'appuie sur la partie externe du pied gauche. Sa taille a considérablement diminué. La malade marche courbée; cette circonstance semble indiquer une altération des vertèbres.

Les fémurs ne paraissent pas malades. Les os iliaques, le tho-

(1) Communication faite au Congrès français de chirurgie le 11 avril 1885.

rax, ne présententent aucune déformation. Le crâne ne présente rien de notable.

Le doigt indicateur gauche est atteint d'ostéite (*spina ventosa*) depuis neuf mois. Actuellement, il est gros, fusiforme, rouge, présente plusieurs petits orifices par lesquels s'écoule du pus. Par la pression, on produit une légère crépitation.

L'humérus gauche offre une courbure antérieure et interne peu prononcée; il est augmenté de volume (la malade est gauchère).

Le radius droit à sa partie inférieure est courbé en arrière. Les mouvements de supination s'effectuent difficilement et incomplètement de ce côté.

Par les oreilles, il s'est écoulé pendant un mois un liquide séro-purulent, qui aujourd'hui est tari. Dureté très marquée de l'ouïe.

Bon appétit. Bonne digestion.

L'urine est normale.

Rien aux poumons, rien au cœur.

La malade est mise à un régime alimentaire réconfortant. Huile de foie de morue.

Le doigt malade, qui est douloureux et qui est le siège d'une suppuration continue, est enlevé le 15 avril. M. Pozzi fait la désarticulation métacarpo-phalangienne et résèque la tête du métacarpien. Ce dernier est ramolli, s'écrase sous la pince coupante.

Dans la gaine du fléchisseur de ce même doigt, à la paume de la main, existent des fongosités qui ont déterminé en deux points de petits abcès qui se sont ouverts spontanément et par l'orifice desquels s'échappent des fongosités. L'envahissement de la gaine s'est fait progressivement, nous avons pu le constater depuis que la malade est dans le service. Une incision longitudinale est faite au niveau de la gaine malade, qui est raclée et cautérisée au thermocautère. Pansement phéniqué. Iodoforme.

Guérison rapide de l'opération. L'examen histologique a fait reconnaître la nature tuberculeuse de l'ostéite.

Obs. II, communiquée par M. le professeur Ollier, sous ce titre : *Ostéomalacie locale du tibia ayant débuté il y a dix-neuf ans. —Accroissement interstitiel de l'os.—Déformation des condyles. — Courbure de la diaphyse. — Diathèse goutteuse.*

Mme F..., âgée aujourd'hui de soixante-dix ans, vint me consulter en 1865 pour une tuméfaction douloureuse de la diaphyse du tibia gauche sans déformation aucune. Depuis trois ans, douleurs vagues, malaise dans la jambe; quelques varices. Pas de rhumatisme aigu antérieur; quelques nodosités digitales, mais peu marquées. Pas de rachitisme dans l'enfance, pas de syphilis. Trois ou quatre ans avant l'affection du tibia, tuméfaction du genou du même côté qui céda à l'application de vésicatoires. L'articulation reste cependant un peu plus raide; quelques craquements.

J'ordonne à la malade de l'iodure de potassium, l'eau de Vichy, le repos, des vésicatoires volants si la douleur persistait.

Je ne la revis que sept ans plus tard, le 23 mars 1872.

Elle me raconta alors que le 15 août 1871 elle fit une chute sur le carreau qui l'obligea à passer trois semaines au lit.

Dans cette chute, elle avait entendu un craquement sans pouvoir dire s'il se passait au niveau du tibia ou du genou; dans tous les cas, c'est à la suite de cet accident que la saillie du tibia devint apparente. Avant cette époque, Mme ··· avait fait déjà plusieurs chutes qui avaient eu pour effet d'augmenter les sensations douloureuses de la jambe; mais ce qu'il y a d'important à noter, c'est que la saillie du tibia ne se forma pas immédiatement après la chute du 15 août; ce ne fut que quatre ou cinq mois après que la malade s'en aperçut. La courbure n'est pas brusque : il n'y a pas de saillie angulaire comme dans une fracture. L'os, diminué de consistance, avait cédé lentement sous le poids du corps. Le maximum de la saillie sur la face antérieure du tibia se trouve à 6 ou 7 centimètres au-dessous du rebord des condyles. — Déformation du condyle externe : son bord antérieur paraît usé, mais cet aspect peut provenir de la tuméfaction osseuse située au-dessous; son bord externe est peu saillant. Tibia sensiblement plus gros au niveau de la courbure ; chaleur à la main, sensibilité à la pression, ni souffle ni battement. La malade n'en souffre pas beaucoup, mais elle sent que sa jambe devient de jour en jour plus faible, et comme elle est déjà d'un embonpoint notable, la marche est de plus en plus difficile, et la saillie tend à augmenter.

(Iodure de potassium à l'intérieur, frictions mercurielles, appareil tuteur.)

22 décembre 1862. — La saillie de l'os a un peu augmenté, malgré l'appareil; persistance de la douleur au toucher.

15 février 1873.—Augmentation générale de volume du tibia; le condyle externe et la tubérosité antérieure du tibia sont plus saillants que du côté sain. Hypertrophie en longueur déjà manifeste.

5 mai.—La saillie de la courbure s'est abaissée, c'est-à-dire que l'os s'est infléchi en un point plus inférieur.

Pendant quatre ans, la malade se maintient à peu près dans le même état; elle se trouve soulagée par son appareil, qui dut être modifié plusieurs fois à cause de l'embonpoint progressif. En même temps les phénomènes goutteux s'accusèrent : nodosités digitales plus marquées, acide urique et urates abondants dans l'urine, troubles digestifs. Cure à Vichy.

Je revois la malade le 7 avril et je la trouve dans l'état suivant :

L'accroissement de l'os en longueur est beaucoup plus marqué; il y a 2 centimètres à l'avantage du tibia du côté malade. Le péroné lui-même, qu'il est difficile de mesurer exactement, est augmenté de 6 à 7 millimètres.

Quant à l'épaisseur du tibia, elle paraît presque double de celle du côté sain; l'os est rugueux et ne reprend sa surface lisse qu'à partir de 5 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

La forme de la courbure a changé : elle est toujours antérieure, mais le point saillant s'est encore abaissé.

A mesure que l'os s'est consolidé en haut, il s'est raréfié en bas et est devenu plus faible à ce niveau.

Des moules, pris à divers intervalles depuis 1877, permettent de se rendre compte de cet abaissement de la saillie qui avait commencé à se produire en 1873.

Quant à la chaleur, elle diminue au-dessus de la saillie, là où elle était autrefois, très sensible, et elle a aujourd'hui son maximum au niveau du point le plus saillant et un peu au-dessous.

Le travail qui prépare la déformation et qui me paraît consister en une ostéomalacie inflammatoire à marche essentiellement chronique s'étend ainsi de haut en bas et gagne les régions inférieures de l'os à mesure que s'opère la reconstitution du tissu osseux dans les parties précédemment atteintes.

Le 1er mai 1879, l'état du tibia est le suivant : le condyle interne paraît atrophié et l'externe hypertrophié. Les condyles du fémur paraissent aussi un peu déformés, mais l'embonpoint de la malade ne permet pas d'être précis sur ce point.

En mesurant la longueur du tibia des divers points de l'extrémité supérieure aux malléoles, on constate les différences suivantes : Du point le plus élevé de la tubérosité du tibia à la pointe de la malléole interne : Côté sain, 330 millimètres. — Côté malade, 350 millimètres.

Du rebord du condyle externe à la pointe de la malléole externe : Côté sain, 380 m. — Côté malade, 350 m.

Du rebord du condyle interne à la pointe de la malléole interne : Côté sain, 330 m. — Côté malade, 340 m.

La maladie paraît stationnaire depuis 1880; la saillie est toujours le siège d'un peu de chaleur, très légère du reste ; la malade marche toujours avec son appareil, mais est de plus en plus gênée par son embonpoint.

Obs. III, communiquée par M. le docteur Ollier, sous ce titre : *Ostéomalacie locale du tibia gauche sur une femme de soixante-seize ans. —Courbure antéro-postérieure du tibia. — Rhumatisme noueux.*

Mme veuve Nesmes, 76 ans, n'a jamais eu d'enfant. Bonne santé

habituelle ; pas de signes de syphilis ; pas de rachitisme dans l'enfance, jamais de fracture ; pas de traumatisme violent. Il y a quatre ou cinq ans, douleurs vagues et faiblesse dans la jambe gauche ; jamais de douleurs nocturnes.

La douleur a toujours été diurne et se faisait sentir après la marche, à la fin de la journée. Le repos la calmait toujours. Rhumatisme chronique, nodosités digitales; l'urine n'a pas été analysée.

Le tibia est courbé en avant; pas de courbure brusque angulaire; le maximum de la saillie est un peu au-dessus du quart inférieur.

Au niveau de la saillie, il y a de la chaleur et de la douleur à la pression; indolence complète au repos.

Même distance entre les rebords condyliens et les malléoles des deux côtés; mais en réalité légère augmentation de l'os du côté malade, puisque, margré sa courbure, les points extrêmes sont restés à la même distance.

Cette malade, n'ayant pas voulu porter l'appareil que je lui avais conseillé, vit sa courbure augmenter peu à peu. Les douleurs devinrent plus vives; l'os devint aussi sensiblement plus épais, mais sans devenir le siége d'aucune tumeur, ni souffle, ni battements.

Malade perdue de vue depuis 1876.

(A suivre.)

BIOLOGIE

Sur la réaction de la substance nerveuse vivante, par le professeur P. Ehrlich (de Berlin). (Communication faite à la Société de médecine de Berlin (1).

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Pour pénétrer dans l'intimité du phénoméne de la coloration des tissus par le bleu de méthyle, il est nécessaire d'exposer succintement la répartition des éléments qui se colorent en bleu. Chez le lapin, ainsi qu'il a déjà été dit, ce sont principalement les extrémités terminales du système nerveux périphérique, qui s'imprègnent de matière colorante, tandis que les gros troncs nerveux dans leur ensemble échappent à la coloration. Sont mis en évidence par l'imprégnation au bleu de méthyle :

1° Toutes les fibres sensitives; 2° les terminaisons des nerfs olfactifs et gustatifs ; 3° les nerfs des muscles lisses et du cœur.

Au contraire, les ramifications terminales nerveuses des muscles soumis à la volonté ne se colorent pas en général, et il m'a fallu de longues recherches pour découvrir quelques rares groupes de muscles, tels que les muscles des yeux, du diaphragme et du larynx, qui échappent à cette exception.

Dans le système nerveux central, deux ordres d'éléments sont mis en évidence par l'imprégnation au bleu de méthyle : (*a*) Des fibres relativement épaisses, qui se trouvent surtout en abondance dans les différents noyaux de la moelle allongée, en moins grand nombre dans le cerveau ; (*b*) un réseau serré de fibrilles nerveuses très ténues, parsemées de rugosités, qui sont en connexion avec des cellules ganglionnaires (2) (écorce cérébrale).

Chez la grenouille, l'imprégnation des ramifications terminales des nerfs périphériques par le bleu de méthyle se comporte d'une façon analogue que chez le lapin ; les muscles de l'œil, en particulier, laissent voir des taches bleues en forme de croissants, constituées par un lassis de filaments nerveux et de plaques terminales enchevêtrées les unes dans les autres.

Chez l'écrevisse également, on obtient avec une grande facilité la coloration des nerfs sensitifs et moteurs. A cet égard, les fibres musculaires striées se subdivisent en deux variétés, qui présentent d'ailleurs d'autres différences morphologiques, en rapport avec leurs fonctions dissemblables. Une première variété, qui comprend des fibres minces, à striation fine, se rapproche complètement, au point de vue de l'innervation, du type des fibres musculaires lisses; leurs terminaisons nerveuses se colorent d'une façon intense et forment des plexus intra-musculaires. La seconde variété, représentée par des fibres plus larges, à striation plus grossière, répond complètement aux fibres des muscles striés des animaux supérieurs; leurs terminaisons nerveuses cheminent isolément, émettent des ramifications à la surface des fibres, lesquelles ne s'imprègnent qu'exceptionnellement de bleu de méthyle. Je mentionne ce détail principalement pour cette raison que le procédé de l'aurification reste complètement en défaut dans l'étude des muscles des invertébrés. Les dessins que j'ai fait passer entre vos mains vous montrent que j'ai réussi à colorer également sur des vers, les éléments du système nervo-musculaire. A cet effet, pour obtenir des résultats aussi conformes que possible à la réalité des choses, le mieux est de se servir des vermisseaux qui vivent à l'état de parasites dans la vessie de la grenouille, et qui s'imprègnent de bleu de méthyle après qu'on a infusé cette substance colorante dans les vaisseaux de ce batracien. En me basant sur ces observations et sur d'autres recherches d'anatomie comparée, je crois devoir considérer la réaction du bleu de méthyle comme un caractère général de la substance des cylinder-axis, et comme étant en relation directe avec les fonctions de la substance nerveuse.

Il semble donc que ce ne soit pas peine perdue d'analyser les conditions qui régissent cette réaction, et, naturellement, les deux premières questions à élucider sont les suivantes :

1° *Pourquoi le bleu de méthyle colore-t-il les nerfs*, et 2° *pourquoi les nerfs s'imprègnent-ils de bleu de méthyle ?*

La première question est exclusivement du ressort de la chimie, et nous sommes redevables de pouvoir y répondre à cette heureuse circonstance que, dans le cours des dernières années, le professeur Bernthsen nous a fait connaître la constitution moléculaire du bleu de méthyle. Le fait que ni la fuchsine, ni le violet de méthyle, ni la safranine ne colorent

---

(1) C'est par erreur que, dans le précédent numéro, le travail de M. Ehrlich a été signé du nom du traducteur, M. Ricklin.

(2) La couche de cellules ganglionnaires de la rétine contient un réseau de fibrilles très fines, variqueuses, qui représentent les expansions de cellules ganglionnaires multipolaires, lesquelles se colorent d'une façon très intense; ce réseau s'étale en largeur. Dans son ensemble, il rappelle d'une façon si parfaite le réseau des fibres nerveuses de l'écorce des hémisphères, qu'il est permis de considérer la rétine comme un fragment de cerveau, et de lui attribuer du même coup un mode spécial de sensibilité propre. On ne devrait plus, d'après cela, considérer la rétine comme un simple appareil terminal, et les raisons invoquées récemment par Filehne, en faveur de l'origine centrale des *poussières lumineuses* du champ visuel obscur, et des images consécutives, perdraient une grande partie de leur valeur.

les fibres nerveuses, a rendu vraisemblable que cette propriété du bleu de méthyle devait être en rapport avec une particularité chimique bien définie. On devait songer d'abord à faire intervenir en première ligne le groupement sulfuré qui figure dans la molécule de cette matière colorante. Voici comment j'ai pu confirmer, par voie expérimentale, l'exactitude de cette présomption.

Comme on le sait, le bleu de méthyle dérive de la diméthylparaphénylendiamine sous la réaction de Lanth (action combinée de H^2S et Fe^2Cl^6) et, d'après les recherches de Bernthsen, il aurait pour formule :

$C_6H_3 - Az(CH_3)_2$
Az — Az
$C_6H_3 - Az(CH_3)_2Cl$

Donc, le bleu de méthyle renferme deux restes de diméthylamine, et, pour bien établir l'influence du groupe méthyl, j'ai étudié d'abord l'action colorante de deux homologues inférieure du bleu de méthyle, à savoir, la thionine et la diméthylthionine symétrique, qui, d'après mes observations, colorent toutes deux la substance nerveuse.

$C_6H_3 - AzH_2$
Az — S
$C_6H_3 - AzH$

Thionine.

$C_6H_3 - Az(CH_3)H$
N — S
$C_6H_3 - Az(CH_3)$

Diméthylthionine.

A cause de sa difficile solubilité, le violet de méthyle découvert par Bernthsen se prête mal à des recherches de cette nature; néanmoins, dans quelques cas, j'ai pu obtenir une coloration très nette d'éléments nerveux dans le cœur. Cette circonstance démontre, en tout état de cause, qu'en partant du point de vue théorique, la présence d'un groupement basique, d'un radical ammoniaque, suffit pour assurer l'imprégnation de la substance nerveuse par la matière colorante.

$C_6H_3 - Az(CH_3)_2$
Az — S
$C_6H_3 - O$

J'ai employé ensuite le sulfone de bleu de méthyle, l'azur de méthyle,

$C_6H_3 - Az(CH_3)_2$
Az — SO_2
$C_6H_3 - Az(CH_3)_2Ce$

et j'ai obtenu avec cette substance les mêmes résultats de coloration des nerfs qu'avec le bleu de méthyle, comme on pouvait s'y attendre *à priori*, étant donnée l'étroite analogie des deux substances, qui rend leur séparation très difficile. Il ressort de là que, pour la réussite de la réaction, c'est chose tout à fait indifférente que le soufre soit combiné à l'état de sulfure de phényl ou de phénylsulfone.

Pour m'éclairer davantage sur l'influence du soufre, j'ai poursuivi mes recherches avec un corps dont la constitution moléculaire répond entièrement à celle du bleu de méthyle, qui ne s'en distingue que par l'absence de soufre. C'est le vert de diméthyl-phényl, découvert par Bindschedler et qui prend naissance par l'oxydation simultanée de la diméthylparaphénylendiamine et de la diméthylaniline; ce corps a la constitution suivante :

$C_6H_4 \quad Az(CH_3)_2$
Az
$C_6H_4 \quad Az(CH_3)_2 \; Cl$

Le vert de Bindschedler se distingue du bleu de méthyle par les points suivants : 1° par une toxicité très marquée; 2° par une complète inaptitude à colorer les éléments nerveux, et 3° par la propriété de colorer uniformément en vert toutes les fibres musculaires du cœur, alors que le bleu de méthyle ne colore qu'une espèce de cellules musculaires (muscles vasculaires de Pohl-Pinkus), et cela d'une façon spécifique. Les résultats tont à fait décisifs de ces dernières recherches montrent qu'en effet la coloration des nerfs est due à l'intervention du soufre, et je me réserve d'élucider le rôle spécifique qui revient en cette circonstance au soufre par des recherches ultérieures de synthèse expérimentale.

Je passe maintenant à la réponse à faire à la seconde question, qui est de savoir pourquoi, chez les animaux supérieurs, toutes les terminaisons nerveuses ne s'imprègnent pas également de bleu de méthyle, qu'une partie d'entre elles seulement subit cette imprégnation. L'élucidation de cette question me paraît avoir une importance d'autant plus grande qu'elle a, à mes yeux, une signification fondamentale au point de vue de la connaissance de l'action des alcaloïdes. On pourrait admettre que les nerfs aptes à s'imprégner de bleu de méthyle contiennent une substance douée d'une affinité particulièrement grande pour cette matière colorante. Toutefois, cette hypothèse, si elle se vérifiait, nous conduirait à des déductions tout à fait singulières; ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, on serait amené à admettre une différence fondamentale dans la constitution chimique des terminaisons nerveuses des muscles de l'œil d'une part, et des muscles du squelette de l'autre. Il paraît beaucoup plus vraisemblable d'admettre que la substance des cylinder-axis est partout formée par les mêmes éléments constituants chimiques, que la réaction différente opposée aux matières colorantes et aux alcaloïdes doit être rattachée à des circonstances accessoires variables, qui restent à déterminer. Je vais m'efforcer de mettre ces circonstances en lumière, par des exemples concrets.

En expérimentant sur des grenouilles, j'ai été souvent frappé de ce que la coloration des nerfs du goût était surtout prompte à survenir lorsque la bouche de l'animal était maintenue entr'ouverte, la langue se trouvait exposée au contact de l'air atmosphérique; que, par contre, cette coloration

faisait souvent défaut lorsque la surface de la langue était maintenue en contact avec le palais. J'ai pensé que ce fait ne pouvait être interprété que d'une façon, consistant à dire que la coloration par le bleu de méthyle est favorisée par une oxygénation plus complète des terminaisons nerveuses. Les constatations faites sur le système musculaire apportent à cette hypothèse une confirmation de grande valeur.

Dans un travail antérieur sur les besoins de l'organisme en oxygène, j'ai montré que les différents muscles se saturent très inégalement de ce gaz. Les muscles de l'œil, du larynx et surtout du diaphragme sont le mieux pourvus à cet égard, et c'est pour le moins un fait très intéressant de savoir que les terminaisons nerveuses s'imprègnent précisément de bleu de méthyle en ces régions. Je crois pouvoir conclure de cette coïncidence, que la coloration des nerfs par le bleu de méthyle et la saturation d'oxygène sont en connexion étroite, en ce sens que, seules, les terminaisons nerveuses qui sont à peu près saturées d'oxygène et qui, partant, ne peuvent être réduites dans une mesure considérable, s'imprègnent d'une façon sensible de bleu de méthyle. Ce fait est d'ailleurs en harmonie parfaite avec ceux que j'ai exposés antérieurement dans ma brochure sur les besoins de l'organisme en oxygène : d'une façon générale, disais-je, les matières colorantes employées dans mes précédentes recherches, telles que le bleu d'alizarine, le bleu d'indo-phénol, s'accumulent précisément dans les districts où elles restent intactes, tandis que les parenchymes, tels que le foie, les poumons, qui sont le siége de réductions énergiques, ne renfermaient qu'une minime quantité de produits issus de ces réductions (1).

Toutefois, ces seules explications suffiront difficilement à tirer les choses au clair, étant donné que bien des groupes de fibres nerveuses, ainsi celles de l'écorce cérébrale et de la moelle, réalisent les meilleures conditions d'oxygénation et ne sont pas colorées par le bleu de méthyle. Ce serait d'autre part, pour n'en citer qu'un exemple, recourir à une explication forcée, si on admettait que les filaments rectilignes des cellules du sympathique sont moins saturés d'oxygène que les filaments spiroïdes.

Les solutions de bleu de méthyle ne changent pas de nuance au contact des carbonates alcalins et des alcalis caustiques. Au contraire, les solutions de thionine, de diméthylthionine et d'azur de méthyle passent au rouge, et ce changement de teinte coïncide souvent avec la précipitation de la base mise en liberté à l'état granuleux.

Sur la grenouille, j'ai pu me convaincre que, lorsqu'on emploie les trois dernières matières colorantes sus-nommées, les terminaisons nerveuses subissent une coloration métachromatique, en ce sens qu'elles tranchent sur les éléments voisins par une teinte qui tire manifestement sur le rouge. Je crois devoir conclure de là, que les fibres nerveuses qui se colorent possèdent une réaction alcaline, et qu'elles sont ainsi en état de dédoubler la matière colorante qu'elles absorbent, en mettant en liberté la base colorée en rouge. La *saturation en oxygène et la réaction alcaline* seraient donc les deux conditions dont dépend la coloration du système nerveux par le bleu de méthyle. Que l'écorce cérébrale, caractérisée par un enchevêtrement de fibres d'un bleu intense, contienne des fibres nerveuses à réaction alcaline, c'est ce qui ressort déjà des observations faites par Liebreich et Langgendorf, comme quoi des fragments d'écorce cérébrale fraîchement extirpés font repasser au bleu les papiers-réactifs. Par contre, les résultats obtenus par Lieberkühn et Edinger, en injectant de l'alizarine dans les vaisseaux, sont en contradiction avec ces faits ; ces deux expérimentateurs ont constaté qu'après injection de la combinaison sodique, violette, d'alizarine, le cerveau se colore en jaune, et ils ont conclu de là que la substance corticale avait une réaction acide. Ainsi formulée, cette conclusion est certainement inexacte. De même que le bleu de méthyle n'est absorbé que par certaines fibres (à réaction alcaline), de même le bleu d'alizarine ne s'accumule vraisemblablement que dans d'autres territoires (à réaction acide); la réaction par l'alizarine ne fournit donc pas des indications pour la totalité de l'écorce, mais seulement pour certains éléments de celle-ci, qui, à tout considérer, ne peuvent être autre chose que des fibrilles nerveuses.

Si nous sommes ainsi amenés à admettre à la fois des fibres à réaction acide et d'autres à réaction alcaline, il est presque hors de doute qu'il existe également des fibres à réaction neutre. On arrive ainsi à se représenter le système nerveux comme réalisant les degrés les plus variés d'alcalescence, en rapport avec le district considéré et leurs fonctions ; cette circonstance, et les modifications de l'état de saturation d'oxygène, sont les deux facteurs qui régissent l'absorption des substances étrangères dans un district déterminé du système nerveux. Je crois que ces points de vue ont une grande importance pour l'étude des actions variées des alcaloïdes, et j'aurai prochainement l'occasion de revenir sur cette question d'une façon détaillée.

(1) La meilleure explication à donner de ce phénomène me paraît être celle que j'ai exposée dans mon précédent travail, p. 16 : « Si nous admettons qu'on introduise dans une cellule quelconque une substance colorante formant bain, qui s'y trouve réduite, il est facile de démontrer que la matière colorante réduite sera rapidement éliminée hors de la cellule. Il est indubitable que la matière colorante ne peut pénétrer dans la cellule que par voie de diffusion, et comme les produits de réduction des matières colorantes formant bain diffusent plus facilement que les matières colorantes elles-mêmes, on peut admettre, sans crainte de se tromper, que ces produits de réduction sortiront des cellules sans aucune difficulté. Cette exosmose des produits décolorés sera d'autant plus active que dans le serum sanguin la matière colorante ne peut subsister qu'à l'état d'oxydation, et que, pour cette raison, le liquide sanguin qui baigne la face extérieure des cellules est toujours privé de matière colorante réduite. »

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. ANESTHÉSIE LOCALE DÉVELOPPÉE PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE COCAÏNE, par M. LANDERER (*Centralblatt für Chirurgie*, 1885, n° 48, p. 841). — II. PROLONGATION DES EFFETS ANESTHÉSIQUES OBTENUS AU MOYEN DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CHLORHYDRATE DE COCAÏNE, par le docteur CORNING (*New-York med. Journal*, vol. XLII, n° 12, p. 317). — III. LE MENTHOL, UN SUCCÉDANÉ DE LA COCAÏNE, POUR PROVOQUER L'ANESTHÉSIE LOCALE DE LA MUQUEUSE DU NEZ ET DU PHARYNX, par le docteur A. ROSENBERG (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1885, n° 28, p. 449). — IV. SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET LES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU MENTHOL, par le docteur SCHMITZ (*Centralblatt für klin. Medicin*, 1885, n° 32). — V. SUR L'ACTION ANESTHÉSIANTE DE L'APOMORPHINE, par le docteur O. BERGMEISTER et le pro-

fesseur E. Ludwig (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, 1885, fasc. 5, p. 193). — VI. De l'action du principe actif du Kawa sur la sensibilité, par le docteur Lewin, de Berlin (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1885, n° 104, page 1,173). — VII. De la brucine comme anesthésique, par le docteur Mays (*Annales medico-chirurgicales*, 1885, n° 9). — VIII. De l'action que l'acide chlorhydrique dilué exerce sur la sensibilité et la motilité des nerfs, par C. Negro (*Archives italiennes de biologie*, t. VI, fasc. 3, p. 357).

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III. M. Rosenberg a été conduit à expérimenter le menthol (camphre tiré de la menthe poivrée) en considération de ce fait, souvent observé, que le contact d'une solution de cocaïne avec la muqueuse du nez ou de l'arrière-gorge fait naître une sensation de froid que bon nombre de patients ne manquent pas de signaler. L'idée lui vint donc d'éprouver, au point de vue de leur action éventuelle sur la sensibilité locale, certaines substances qui sont connues pour développer une sensation locale de froid, en première ligne l'éther, qui ne donna que des résultats insuffisants. A l'éther sulfurique, il substitua une solution éthérée de menthol à 20 0/0. Des badigeonnages de cette solution ont été pratiqués à l'aide de petits tampons d'ouate fixés entre les branches d'une pincette, sur la muqueuse des fosses nasales, chez une quarantaine de malades affectés de tuméfaction inflammatoire chronique de cette membrane, avec ou sans accidents réflexes. Dès la première minute qui suivait le badigeonnage, la congestion de la muqueuse nasale diminuait, en même temps qu'il se produisait une anesthésie relative de cette membrane. Les accidents réflexes dont souffraient quelques-uns des malades se dissipaient momentanément, sauf chez un seul; ce malade se plaignait d'éprouver dans le cou une sensation de corps étranger.

M. Rosenberg ajoute qu'on ne fut pas plus heureux avec les badigeonnages à la cocaïne employée sous forme de solution à 20 0/0. Chez les autres malades, la durée de la cessation des accidents réflexes (douleur au niveau des pariétaux, entre les omoplates, névralgie sus-orbitaire, palpitations, sensation de froid, de corps étranger dans le cou, d'oppression, douleur lancinante dans l'arrière-gorge), a été moindre à la suite des applications de menthol qu'à la suite des badigeonnages à la cocaïne. Par contre, cette durée d'action paraît augmenter avec le menthol au fur et à mesure des applications, comme s'il y avait cumulation des effets.

Les badigeonnages à la solution éthérée de menthol développent une sensation de brûlure; celle-ci est moindre quand on emploie une solution alcoolique de menthol, preuve que l'effet en question est imputable à la nature du véhicule (solutions de 20 à 50 0/0).

Poursuivant ses recherches, M. Rosenberg a constaté que des applications d'une solution éthérée de menthol sur la muqueuse du pharynx émoussent dans une proportion très marquée la sensibilité de cette membrane. Quelquefois l'anesthésie était complète. Chez des malades très impressionnables, il a été possible, grâce aux badigeonnages de menthol, de pratiquer l'examen au laryngoscope sans être gêné par le moindre mouvement réflexe. Chez deux malades affectés d'une angine, des applications de menthol sur les amygdales ont fait cesser la douleur occasionnée par la déglutition des aliments. Pour obtenir un degré d'anesthésie suffisant, M. Rosenberg recommande d'employer des solutions plus fortes (50 0/0), quand on opère sur le pharynx, que quand on veut anesthésier le voile du palais (20 à 50 0/0). La durée de l'anesthésie complète est de une à trois minutes et plus; cette durée est soumise à des fluctuations individuelles très étendues. Chez deux malades affectés de l'angine granuleuse, des cautérisations à l'acide chromique, après des badigeonnages préalables avec une solution alcoolique de menthol à 50 0/0, n'ont occasionné aucune douleur.

Enfin, Rosenberg a obtenu un certain degré d'anesthésie de la muqueuse du larynx, à la suite d'attouchements avec des solutions de menthol à 10-20 0/0. L'emploi de solutions plus concentrées a provoqué des quintes de toux insupportables.

IV. M. Schmitz a étudié l'action anesthésiante du menthol sur des animaux. Il a constaté qu'une patte de grenouille, plongée dans une solution de menthol au 1/10, était complètement privée de sensibilité au bout de dix minutes; qu'en instillant quelques gouttes de cette même solution dans l'œil d'un animal à sang chaud, on obtient une anesthésie de la cornée qui dure plus longtemps (jusqu'à 2 et 3 heures); que l'anesthésie est obtenue à la suite d'instillations d'une solution de cocaïne au 1/100 seulement; en même temps l'œil s'injecte et le contact du menthol paraît occasionner une irritation assez vive. A la surface de la muqueuse nasale, l'anesthésie était obtenue avec une solution de menthol au 1/10, en l'espace de 5 à 6 minutes.

Les expériences d'anesthésie oculaire faite sur l'homme ont donné des résultats fort peu satisfaisants. Les instillations de la solution de menthol engendraient une sensation de brûlure avec épiphora et photophobie, qui duraient un quart d'heure environ, le tout accompagné d'une injection de la conjonctive, qui subsistait encore au bout de plusieurs heures. La sensation de brûlure faisait place à une sensation de froid, mais la sensibilité tactile n'était pas abolie à la surface de l'œil. Il en a été de même à la surface de la muqueuse nasale, tandis que, appliquée sur la langue, la solution de menthol a produit un abaissement marqué de la sensibilité de cet organe.

Nous passons sur les essais que l'auteur a faits avec le menthol contre diverses affections douloureuses superficielles.

V. MM. Bergmeister et Ludwig ont éprouvé une série de combinaisons organiques, principalement des bases, au point de vue de leur action éventuelle sur la sensibilité tactile et douloureuse. Ils en ont rencontré quelques-unes qui agissent comme des anesthésiants locaux, mais très faibles; seule, l'apomorphine est douée d'une action anesthésiante locale comparable, au point de vue de l'intensité et de la durée, à celle de la cocaïne. Malheureusement les manifestations concomitantes de l'anestésie locale développée par la cocaïne sont encore plus marquées et d'un caractère plus fâcheux que celles qui ont été signalées à propos du menthol.

MM. Bergmeister et Ludwig voulant s'en tenir à des expériences d'anesthésie oculaire ont opéré sur des chats, par la raison que, chez les animaux de cette espèce, la cornée et la conjonctive sont douées d'une sensibilité exquise. Ils instillaient dans l'œil de l'animal en expérience de 6 à 18 gouttes d'apomorphine à 2 0/0; la totalité du liquide était instillée en l'espace de 10 minutes, les paupières de l'animal sont maintenues écartées, de façon à empêcher le liquide de se répandre au loin. En thèse générale, l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive était complète au bout de dix minutes; des attou-

chements de l'œil avec une sonde boutonnée, avec la pointe d'une aiguille, ne provoquaient plus le moindre réflexe. Cette phase d'anesthésie avait une durée moyenne de 5 à 10 minutes, variable suivant la dose d'apomorphine instillée. Dans un cas, l'œil apomorphinisé est resté complètement insensible pendant plus d'une heure.

Mais les instillations d'apomorphine dans l'œil paraissaient occasionner des douleurs aux animaux. On constatait, en outre, qu'à la suite des instillations, la conjonctive palissait, que sa consistance devenait plus ferme, qu'un léger trouble envahissait le révêtement épithélial de la cornée, et qu'en même temps que l'anesthésie survenait de la mydriase, celle-ci d'une durée moindre que la première.

Chez l'homme, ainsi qu'en témoignent les relations de trois expériences faites par les auteurs, les instillations d'apomorphine (6 à 12 gouttes d'une solution à 1-2 0/0) ont donné des résultats concordants : anesthésie complète de la cornée et de la conjonctive, au bout de dix à douze minutes ; mydriase passagère, douleur au contact du liquide, avec légère irritation locale; diminution de la sécrétion à la surface de la conjonctive, d'où sécheresse allant jusqu'au xérosis, malaise et *nausées*. Voire que, dans une des trois expériences où l'apomorphine fut appliquée à l'état de poudre, mélangée avec de la matière glycogène, les nausées, très marquées, se sont accompagnées de prostration et de somnolence.

Bref, les deux expérimentateurs confessent que si l'apomorphine développe à la surface de l'œil une anesthésie locale très intense et assez durable, les manifestations concomitantes s'opposent à ce que cette propriété soit utilisée pour les besoins de la thérapeutique.

VI. Une autre substance, le principe actif du kawa, paraît devoir se prêter beaucoup mieux que le menthol et surtout l'apomorphine au rôle de succédané de la cocaïne, autant qu'on en peut juger par les résultats *purement expérimentaux* dont M. LEWIN (de Berlin) a entretenu l'une des Sociétés médicales de cette ville.

Nous n'avons pas à rappeler ici les notions rudimentaires que possède la science sur les propriétés pharmacologiques et thérapeutiques du kawa. Nos lecteurs ne sont pas sans savoir que la racine du kawa est utilisée par les indigènes des îles de la Polynésie et de la Micronésie pour la préparation d'une liqueur enivrante qui leur tient lieu d'alcool, que le kawa est utilisé dans ces mêmes contrées comme un remède contre la blennorrhagie, remède qu'on a essayé d'importer et de répandre en France, dans le cours de ces dernières années. Tout cela est bien connu et nous nous en tiendrons aux faits nouveaux communiqués par M. Lewin, concernant l'action analgésiante locale du kawa.

On avait réussi à isoler de la racine de kawa deux substances cristallisables, la *kawahine* et la *yankonine* (Nolting et Kopp). Pas plus l'une que l'autre ne constitue, suivant M. Lewin, le principe actif du kawa. Comme tel, le médecin de Berlin signale deux résines qu'il a réussi à obtenir à l'état pur, en agitant des morceaux de racine avec de l'essence de pétrole. De ces deux résines, l'une est d'une teinte jaune verdâtre et douée de l'odeur qui appartient en propre à la plante ; M. Lewin la désigne sous le nom de résine *a*. L'autre, beaucoup moins active, résine *b*, a une teinte d'un brun rougeâtre. Une parcelle des deux résines ou de la résine *a*, déposée sur la langue, détermine une sensation de brûlure, à laquelle fait suite un certain degré d'anesthésie. Suivant la remarque de M. Lewin, les choses se passent donc avec la résine de kawa comme avec la cocaïne et le menthol. L'action anesthésiante de cette résine se manifeste d'une façon beaucoup plus nette sur la conjonctive. Quand cette membrane a subi le contact d'un petit fragment de résine *a*, l'insensibilité est complète, et les attouchements, les tiraillements de toute espèce ne développent plus aucun réflexe. La durée de l'anesthésie peut être prolongée indéfiniment, pendant des heures, comme M. Lewin s'en est convaincu en expérimentant sur des cobayes, à la seule condition de déposer de temps en temps un nouveau petit fragment de résine à la surface de l'œil. Au sortir de l'expérience, les yeux des animaux soumis à ces applications topiques de résine de kawa ne présentaient aucune anomalie, sauf une légère dilatation de la fente palpébrale. Voilà évidemment des résultats expérimentaux dignes de fixer l'attention des oculistes en quête de substances douées d'une action anesthésiante locale.

Cette même action, M. Lewin a réussi à la mettre en évidence en s'adressant à la sensibilité tactile. En introduisant des petits fragments de résine *a* sous la peau, à des grenouilles, il a développé une anesthésie locale telle que les irritations de n'importe quelle nature laissaient l'animal absolument indifférent. La ligature préalable du principal vaisseau destiné à un membre était sans influence sur le résultat; l'anesthésie locale continuait d'être locale. Les expériences faites sur des lapins et des cobayes ont conduit à des constatations identiques : introduite dans le tissu cellulaire souscutané, la résine de kawa développe une anesthésie locale, sans occasionner la moindre réaction inflammatoire.

M. Lewin a signalé encore l'action paralysatrice qu'exerce sur la motilité la résine de kawa après son absorption à doses un peu fortes. Cette partie de la communication de M. Lewin sort du cadre de cette revue, et nous nous bornerons à la signaler, comme aussi l'hypothèse que risque le médecin berlinois sur ce qui concerne le mécanisme de l'action anesthésiante et analgésiante du principe actif du kawa. Selon Lewin, cette action intéresse en première ligne les filets sensitifs des nerfs de la périphérie ; quand la résine est absorbée, elle agit sur la substance grise des cornes antérieures pour supprimer la motilité, puis sur la substance grise des cornes antérieures, chargée de la transmission des impressions douloureuses, et finalement sur le cerveau (sommeil).

VII. La brucine, également, serait douée de propriétés analgésiantes locales très énergiques, qu'elle exerce d'une façon inoffensive, contrairement à ce que l'on devait attendre d'un poison si violent. C'est du moins ce qui paraît ressortir des expériences de M. Mays, qui a constaté que la sensation de brûlure, développée sur la langue par le contact de certaines épices, cède en grande partie à l'application d'une solution de brucine ; une solution à 5 pour 100 est suffisante, d'après M. Mays, pour assoupir la douleur occasionnée par la présence d'aphtes sur la muqueuse buccale et sur les gencives. En frictionnant le dos de la main avec une solution de brucine à 2 pour 100, il en est résulté une diminution manifeste de la sensibilité. Cette action anesthésiante locale de la brucine est assez marquée pour que des badigeonnages avec une solution au 1/20e aient apaisé les douleurs résultant d'une friction à l'huile de croton tiglium, ainsi que M. Mays a pu s'en convaincre sur lui-même. L'action analgésiante locale de la

brucine s'est également manifestée dane deux cas de prurit vulvaire, et dans des cas où on y ent recours pour apaiser la douleur occasionnée par un sinapisme laissé en place trop longtemps.

VIII. D'après les récentes expériences d'un médecin italien, M. Negro, l'acide chlorhydrique sous forme de dilution à 1/1000° insensibilise la peau des grenouilles, quand on l'applique sur le tegument externe de l'animal. Mise en contact avec le nerf sciatique dénudé, la solution chlorhydrique a provoqué l'anesthésie du membre correspondant, déjà au bout de 5 à 15 minutes. En même temps, la motilité du membre a été compromise.

E. Ricklin.

TRAVAUX A CONSULTER

I. Anesthésie par la cocaïne dans un cas d'ostéotomie sus condyloïdienne du fémur (*genu valgum*, chez un enfant de 4 ans, résultat très satisfaisant), et dans un cas de resection de la hanche, chez une petite fille de 6 ans (analgésie complète), par Milton Josiah Roberts (*New-York Med. Journal*, vol. XVII, n° 17, p. 459).

BIBLIOGRAPHIE

On the suprapubic operation of opening the bladder, by sir Henry Thompson F.R.C.S. — London, 1886.

On sait que, depuis quelques années, des perfectionnements importants dans le manuel opératoire de la taille sus-pubienne ont permis de remettre en honneur cette opération, qui donne aujourd'hui les plus beaux succès et est adoptée d'une manière presque universelle. Cependant, il y a dix-huit mois à peine, le professeur Thompson publiait des leçons cliniques sur les tumeurs de la vessie et conseillait de suivre, dans la plupart des cas, la voie périnéale pour leur extirpation. Tout dernièrement, il vient de faire paraître un travail que nous analysons ici et qui constitue un chaleureux plaidoyer en faveur de l'opération sus-pubienne ; il ne renonce pas à la boutonnière périnéale, hâtons-nous de le dire, mais il proclame la supériorité de la taille sus-pubienne plutôt, il est vrai, dans les cas de calculs volumineux que lorsqu'il s'agit de néoplasmes. Un témoignage d'une aussi haute valeur que celui de sir Henry Thompson ne peut passer inaperçu, et nous nous empressons de le faire connaître.

Quand il s'agit de calculs, on doit d'abord demander à la lithotritie tout ce qu'elle peut donner ; des calculs du poids de 60 à 80 grammes ont pu être broyés avec succès, mais il existe des calculs ou trop gros ou trop durs qui ne sont justiciables que de la taille. La taille périnéale, employée presqu'uniquement jusqu'aux dernières années, présente trois dangers principaux : l'hémorrhagie, la blessure du rectum et la lacération du col de la vessie. Si les deux premiers peuvent être assez facilement évités ou conjurés, il n'en est pas de même du troisième ; or, c'est précisément dans les cas de calculs volumineux, ceux auxquels est réservée la taille, que ces blessures se font le plus souvent.

La section hypogastrique, à laquelle on doit alors avoir recours, n'est pas non plus exempte de dangers ; deux surtout ont effrayé les chirurgiens : l'infiltration d'urine et la blessure du péritoine. L'infiltration n'est pas plus fréquente par cette voie que par le périnée et, en respectant le tissu cellulaire prévésical, on l'évite facilement ; elle est d'ailleure très rarement signalée dans les observations les plus récentes. Le péritoine peut, ou du moins pouvait, plus aisément être intéressé, mais le principal avantage de la méthode nouvelle est précisément de permettre de le respecter. Quant aux accidents de septicémie, ils sont faciles à éviter, car on peut employer ici la méthode antiseptique, qui est inapplicable avec la taille périnéale.

Sir Henry Thompson rappelle alors les expériences que M. Garson (d'Edimbourg) fit à Vienne en 1877, par lesquelles il démontra sur des cadavres congelés l'ascension et la projection en avant de la vessie sous l'influence du ballonnement du rectum et par suite le relèvement du cul-de-sac péritonéal antérieur. Il exposa ces résultats au Congrès des chirurgiens allemands à Berlin en 1878, et Petersen (de Kiel), présent à la séance, conçut le projet d'en faire l'application sur le vivant pour modifier la taille hypogastrique. On sait le succès qu'il obtint, et, bientôt après, M. Périer et M. Guyon publiaient les résultats heureux d'opérations faites par ce procédé.

Nous ne suivrons pas M. Thompson dans la description minutieuse qu'il fait du manuel opératoire, nous relèverons seulement les détails de sa pratique qui lui sont personnels. La distension du ballon rectal doit être considérable, celle de la vessie, au contraire, modérée, car, avec son grand sens clinique, M. Thompson admet, lui aussi, que la capacité de la vessie ne peut être mesurée d'avance, mais que le degré de résistance à l'injection sert de guide et indique le moment où il faut l'arrêter. Le chirurgien anglais se sert le moins possible du bistouri. La ligne blanche divisée, on refoule de bas en haut la graisse jaune prévésicale ; si le calcul est volumineux, on est autorisé à sectionner les muscles droits à leur insertion pubienne. La vessie, une foie découverte, est traversée par une sorte de ténaculum au-dessous duquel la pointe d'un bistouri pratique une petite ouverture ; le doigt est alors introduit dans la vessie et va explorer la forme, les dimensions, la position du calcul ; muni de ces renseignements, le chirurgien ouvrira la vessie dans une étendue proportionnelle au volume du calcul ; l'instrument tranchant est proscrit, et c'est avec les deux index que la paroi vésicale sera divisée. Quand il s'agit de l'extraction d'une tumeur, M. Thompson a adopté la précaution de traverser chacun des bords de la vessie avec un fil de soie qui permet de les écarter. Pour extraire un calcul, il se sert des deux index qui sont introduits dans la vessie pendant que les autres doigts sont entre-croisés. L'index inférieur est conduit au-dessous du calcul qu'il soulève, le supérieur l'assujettit et le guide vers la plaie vésicale. La vessie n'est pas suturée ; mais un fil est placé dans l'angle supérieur de la plaie abdominale. Un gros tube à drainage est laissé en place vingt-quatre à quarante-huit heures ; au bout de ce temps, le malade est couché alternativement six heures sur le côté droit et sur le côté gauche, position qui permet à l'urine de se déverser librement par la plaie ; pansement boriqué ou phéniqué.

Jamais sir H. Thompson n'a rencontré de vaisseaux dont la division ait exigé une ligature ; il attribue ce fait à ce qu'il ouvre la vessie avec l'ongle ou avec un petit crochet d'ivoire qu'il a fait construire et qui lui sert à disséquer, couche par couche, la paroi vésicale.

La section hypogastrique chez la femme présente une difficulté plus grande, parce qu'il est difficile de maintenir la vessie suffisamment distendue pour qu'elle fasse saillie à la

région pubienne; il en est de même chez l'homme dans les cas où, une ouverture périnéale ayant été faite tout d'abord, on a cru devoir renoncer à cette voie et ouvrir séance tenante l'hypogastre. M. Thompson a imaginé, pour ces circonstances exceptionnelles, une sonde dont nous ne pouvons décrire en détail ici l'ingénieuse disposition; elle possède une courbure très prononcée, et le bec taillé en biseau vient faire saillie au-dessus du pubis. Un mandrin permet de l'introduire sans risque de blesser l'urètre ou la vessie; on le retire dès qu'on sent la sonde à travers la paroi; l'échancrure terminale sert à guider un crochet pointu en forme de ténaculum au moyen duquel on attire la vessie en avant; on pratique tout à côté la section des parois vésicales que le crochet maintient soulevées après l'évacuation du liquide; on ne court pas ainsi le risque de décoller le tissu cellulaire prévésical pendant la fin de l'opération.

Pour l'extirpation des tumeurs, M. Thompson pense que l'incision périnéale suffit tant qu'il ne s'agit que d'excroissances polypoïdes, mais pour les tumeurs d'un plus grand volume, la taille hypogastrique lui semble préférable, aujourd'hui que la pratique de cette opération, qu'il a surtout faite pour des calculs, lui a permis d'en apprécier la sécurité et les avantages. Ceux-ci consistent surtout en la possibilité de mieux explorer la cavité vésicale et au besoin d'y appliquer des caustiques ou des agents modificateurs. De plus, l'hémorrhagie, si rare qu'elle soit dans l'opération de la boutonnière périnéale, peut cependant survenir; on n'a, au contraire, jamais à la redouter dans la taille hypogastrique quand on use des précautions indiquées.

Les observations des 8 cas de taille hypogastrique pratiquée par Sir Henry Thompson terminent cette intéressante publication. Il est difficile d'exposer avec plus de clarté et de conviction les raisons qui doivent faire considérer la taille sus-pubienne comme une opération excellente. M. Thompson ne l'a pas acceptée d'enthousiasme, et, s'il a adopté la nouvelle méthode, c'est guidé par l'étude des faits publiés par les chirurgiens du continent, puis par les résultats de sa pratique personnelle : on peut dire que sa récente publication est la consécration définitive du manuel opératoire moderne de la taille hypogastrique.

Dr E. DESNOS.

REVUE DES THÈSES

DES VARICES DU THORAX ET DES MEMBRES SUPÉRIEURS; LEUR VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DANS LES TUMEURS DU MÉDIASTIN, par L. ESCARRAS. — Thèse de Paris, 1885.

Dans l'étude de treize observations, dont deux sont personnelles, l'auteur essaie d'établir la valeur de ce symptôme.

Dans presque tous les cas on a eu à observer d'abord de l'œdème de la face, ou des bras, ou de la partie supérieure du tronc; puis les veines se sont dilatées et sont devenues variqueuses.

Cet œdème apparaît lorsque les veines cutanées ne sont pas encore dilatées; lorsque la circulation collatérale est devenue suffisante, l'œdème disparaît. Dans le cas contraire, l'œdème persiste; il est dû à la compression d'un tronc veineux par une tumeur; c'est le plus souvent sur la veine-cave que porte la compression, ce qui s'explique par les rapports immédiats de cette veine avec la crosse de l'aorte, les groupes droits des ganglions péri-trachéo-bronchiques et rétro-sternaux; les causes de compression les plus fréquentes sont les anévrysmes de l'aorte, puis les dégénérescences cancéreuses et tuberculeuses des ganglions, les dégénérescences du thymus, les abcès du médiastin et le cancer de l'œsophage.

Les varices précoces, établies avant les autres symptômes, seront l'indice que la tumeur s'est développée dans le plan antérieur vasculaire du médiastin supérieur. Les varices tardives accuseront une tumeur développée dans le plan trachéo-œsophagien. Or, sur ce plan, les accidents de compression sont plus dangereux que dans l'antérieur, aussi « quand on soupçonne une tumeur du médiastin, tout à fait au début des accidents l'établissement de varices thoraciques avec dyspnée modérée, est d'un bon augure. » Tardives, après des accès de dyspnée et de suffocations intenses, elles sont de mauvais augure. Un dénouement fatal est imminent.

O. M.

DE LA PLAIE DE L'ESTOMAC PAR ARME A FEU, par ARMAND MASINGUE. — Thèse de Paris, 1885.

Une observation prise dans le service de M. Tillaux et deux autres empruntées à la REVUE DE CHIRURGIE de novembre 1884 servent de base à ce travail. La symptomatologie, le diagnostic et le pronostic sont un peu lestement traitées. Il est bien entendu qu'avec un traitement diététique approprié la plaie de l'estomac due à un petit projectile pourra, quoique très grave, être, en certains cas, suivie de guérison.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A SAINT-DENIS DE 1873 A 1884, par EMILE PRIEUR. — Thèse de Paris, 1885.

La commune de Saint-Denis comprend deux régions parfaitement distinctes : d'une part la ville, de l'autre la plaine, couverte d'usines, s'étendant jusqu'à Paris. Le sol calcaire, foré de puits artésiens assez nombreux, fournit journellement 1,384,400 litres d'eau bonne à boire. En ajoutant les 3,035,000 litres livrés par la Compagnie générale des eaux de la Seine, on arrive à un total de 4,369,400 litres pour 43,000 habitants.

On sait que le fleuve se bifurque en amont de Saint-Denis pour former l'île et que la ville est longée par le bras navigable. Là viennent se déverser le Croult, le Rouillon et le ru de Montfort, ruisseaux infects ayant servi d'égouts avant 1878. Le canal participe de l'insalubrité de la Seine qui reçoit tous les jours sous Paris 325,000 mètres cubes d'impuretés provenant du lavage de 82,000 maisons, de 800 kilomètres de rues et de 500 kilomètres de galeries souterraines.

Par suite de créations et d'améliorations, la localité dispose d'un réseau d'égouts construit avec soin qui lui assurerait une bonne situation sanitaire si l'entretien et le nettoyage ne laissaient pas à désirer.

De l'enquête fort intéressante à laquelle M. Prieur s'est livré, pour expliquer la morbidité par fièvre typhoïde pendant la dernière période décennale, il semble résulter que la ville de Saint-Denis trouve en elle-même des causes d'infection nombreuses renforcées par le méphitisme et la contamination des cours d'eau et égouts venant de Paris ou de la banlieue. Si l'affection a cependant été relativement rare eu égard à l'état aggloméré de la population et à l'hygiène défectueuse des logements, il semble qu'on doive en retrouver la vraie cause dans l'usage alimentaire d'eaux potables d'excellente

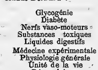
qualité provenant des nappes profondes par l'intermédiaire des puits artésiens.

CH. AMAT.

NOTES & INFORMATIONS

INAUGURATION DE LA STATUE DE CLAUDE BERNARD. — Cette inauguration a eu lieu, comme nous l'avions annoncé, dimanche dernier, à 10 heures. A part les curieux que toute cérémonie publique attire on retient, deux cents personnes environ avaient pris place dans l'enceinte réservée autour de la statue. Professeurs du Collège de France, du Muséum, de la Sorbonne, de la Faculté de médecine, savants, médecins, anciens collègues, amis ou élèves de l'illustre physiologiste, avaient tenu à honneur de lui rendre ce dernier hommage. Une délégation de l'Association générale des étudiants a tenu sa bannière déployée durant toute la cérémonie.

A 10 heures, le voile qui recouvrait la statue est tombé et a découvert l'œuvre remarquable de M. Guillaume, qui reproduit si fidèlement les traits et l'attitude de Claude Bernard. Une table de laboratoire, sur laquelle repose la main droite de l'expérimentateur, supporte un chien disséqué. Sur une feuille de bronze recouvrant en partie l'animal sont écrits les mots suivants, rappelant les œuvres principales et les titres scientifiques de Claude Bernard :


Glycogénie
Diabète
Nerfs vaso-moteurs
Substances toxiques
Liquides digestifs
Médecine expérimentale
Physiologie générale
Unité de la vie
Déterminisme

Collège de France	Académie des sciences
Faculté des sciences	Académie française
Muséum d'histoire naturelle	Académie de médecine
	Société de biologie

Sur le socle de pierre, ces mots sont gravés :

A CLAUDE BERNARD
Ses collègues, ses amis, ses disciples.

M. Paul Bert, au nom du Comité d'organisation, prend le premier la parole, et remercie tous ceux qui, à un titre quelconque, ont contribué à consacrer, par l'érection de ce monument, la mémoire d'un homme qui a si grandement honoré la science et son pays.

M. Berthelot se fait ensuite l'interprète des professeurs du Collège de France, où s'est écoulée toute la vie scientifique de Claude Bernard, et celui de la Société de biologie, à laquelle le savant physiologiste donnait, comme en famille, les primeurs de ses découvertes.

M. Chauveau (de Lyon), a parlé au nom des compatriotes de Claude Bernard; M. Dastre au nom de ses anciens élèves; M. Frémy au nom des professeurs du Muséum; M. Renan a clos la série de discours par une improvisation familière vivement applaudie.

Une seule note discordante a interrompu ce concert d'hommages et de regrets : une dame, appartenant à la ligue antivivisectionniste, avec laquelle le successeur de Claude Bernard a déjà eu à compter, a fait entendre à différentes reprises un coup de sifflet. Les gardiens de la paix ont dû la protéger contre les horions qui la menaçaient.

— ASSEMBLÉE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE FRANCE. — Cette Assemblée a eu lieu dimanche dernier, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Lannelongue. Auditoire des plus sympathiques, mais peu nombreux. Après l'allocution du président, M. Piogey, secrétaire, a fait connaître la situation, toujours prospère, de la Société, payé un tribut de regrets aux membres qu'elle a perdus, souhaité la bienvenue à ceux qui sont venus remplir ces vides.

D'après le rapport de M. Brun, l'avoir de la Société, au 1er janvier 1886, est de 55,741 fr. 88 c.

La séance s'est terminée par le renouvellement partiel de la Commission administrative. Les douze nouveaux élus sont MM. Bazy, Bergier, Jules Carrière, Dehenne, Ernest Desnos, Dubuc, Albert Josias, Lanquetin, Le Coin, Oulmont, Pfeiffer, Rodet.

— LE MONUMENT DE CH. ROBIN. — Les amis et les disciples de Ch. Robin ont résolu de réunir par souscription les fonds nécessaires à l'érection d'un monument qui consacrât la mémoire du savant et du philosophe. Une somme importante a déjà été recueillie. En tête de la liste figurent les noms de plusieurs collègues de Ch. Robin, soit au Sénat, soit dans l'Enseignement supérieur.

Les personnes qui voudront prendre part à cette souscription et recueillir des adhésions nouvelles sont priées de transmettre les fonds à M. Octave Doin, éditeur, place de l'Odéon, qui a bien voulu se charger de les centraliser.

— CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LA GUÉRISON EXPÉRIMENTALE DE LA TUBERCULOSE. — Dans une lettre adressée à la GAZETTE HEBDOMADAIRE, M. le professeur Verneuil propose, pendant que le problème clinique se poursuit dans les hôpitaux et dans la pratique journalière, d'entreprendre des recherches expérimentales pour la guérison de la tuberculose. Et, comme le nerf des luttes pacifiques est le même que celui des luttes sanglantes, c'est-à-dire l'argent, il propose de créer un fonds d'encouragement pour la poursuite et l'extension de ces recherches. Passant immédiatement de la conception à l'action, il a recueilli des souscriptions parmi ses collègues de la Faculté, et la première liste publiée par la GAZETTE HEBDOMADAIRE porte déjà un total de 4,270 fr. Les souscriptions doivent être adressées à M. Georges Masson, libraire-éditeur, chargé de les centraliser.

— UNE LETTRE DE M. JULES GUÉRIN. — M. Victor Meunier publie dans le RAPPEL du 2 février, une lettre que lui a adressée M. Jules Guérin, en 1868, dans les circonstances suivantes.

M. Jules Guérin avait été présenté en première ligne à l'Académie des sciences, en 1856, *ex æquo* avec Jobert de Lamballe, qui fut nommé, et en 1867, avec Sédillot; Nélaton, porté en seconde ligne avec Laugier, fut élu. En 1868, l'ordre de présentation fut interverti : Laugier fut classé le premier et Jules Guérin le second; Laugier l'emporta. M. Victor Meunier, dans l'OPINION NATIONALE, écrivit, sur cette élection, un article dans lequel il vengea M. Jules Guérin du parti-pris de l'Académie. La lettre que nous reproduisons a été inspirée par la lecture de cet article. On y verra la justification de ce que nous disions, dans l'avant-dernier numéro, sur les souffrances

que ressentait M. Jules Guérin du silence fait autour de son nom, et l'explication de l'attitude militante, parfois agressive, gardée jusqu'à la fin par cet infatigable travailleur.

Paris, 25 février 1868.

Mon cher Meunier,

Si quelque chose pouvait me faire oublier la blessure, je puis mieux dire, l'offense que m'a infligée l'Académie (des sciences), ce serait votre article publié dans l'OPINION NATIONALE de ce jour. Jugez donc de ma surprise : je voulais lire la sentence rendue dans le conflit Kerveghen, et je suis tombé sur votre article. Je commence par vous en remercier du fond du cœur. On ne peut rien de plus chaleureux, mais aussi de plus cruellement démonstratif. L'Académie y est convaincue de légèreté, d'inconséquence, d'injustice ; elle ne vous le pardonnera pas, ni à moi non plus. S'il m'était resté la moindre velléité de me représenter, vous l'auriez étouffée à tout jamais. Vous avez mis vous-même le feu à mes vaisseaux, et je vous l'avoue, je ne ferai rien pour l'éteindre. Le sacrifice est donc fait, je n'appartiendrai jamais à l'Institut, que j'avais pris, depuis trente ans, pour point de mire de toutes mes ambitions. Vous qui êtes philosophe, qui n'avez jamais visé à autre chose qu'à être le défenseur libre et indépendant du vrai et du juste, vous allez prendre mes regrets en pitié. Un ami qui partage avec vous le droit de me dire mes vérités m'a fortement gourmandé de m'être mis sur les rangs, et il a plus applaudi encore à ma défaite. Mais ni lui ni vous n'avez peut-être compris le but de mon ambition.

Le titre de membre de l'Institut, comme titre honorifique, est d'un faible prix à mes yeux. Quand je le vois conféré à MM. Tels ou Tels, je suis tenté de dire comme Piron : « Il n'y a pas de quoi ! » Mais, pour un homme discuté, persécuté, pour un novateur tenu en échec depuis trente ans, le titre de membre de l'Institut était une consécration et la voie ouverte à de nouvelles conquêtes. Mes idées, mes découvertes, mes inventions sont restées pour la plupart des lettres-mortes dont l'humanité n'a guère retiré de profit. Mes adversaires ne s'en sont servi qu'à la condition de m'en dépouiller en les déclarant leur bien ou en les attribuant à l'étranger. Or, vous avez eu le courage de le déclarer : bon nombre de mes méthodes sont de nature à accroître les ressources de l'art et à diminuer les frais de l'hospitalité noso comiale. Eh bien ! j'envisageais mon élection à l'Institut comme le triomphe, comme la consécration des vérités utiles qui luttent depuis un quart de siècle contre l'ignorance et la malveillance. L'Institut est la tribune la plus élevée et la plus retentissante du progrès, c'est donc pour les progrès que je crois avoir réalisés, et non pour ma personne, que j'ambitionnais l'honneur d'entrer au sénat de la science. A ce point de vue, vous me pardonnerez mes efforts et comprendrez mes regrets.

Qu'ajouterai-je, mon cher ami, à ces explications ? Que votre article est tellement fort, tellement écrasant qu'il aura, je crois, pour effet de provoquer un surcroît de haine et de calomnie. On a dit à propos de l'article que vous avez fait à l'ouverture de la précédente candidature que j'en étais l'auteur. On ne manquera pas de répéter la même chose pour celui-ci. Cette fois la calomnie aura quelque chose de flatteur ; car, je le reconnais, je n'aurais pu faire aussi bien. Votre premier article était un chef-d'œuvre de haute raison, la formule nette et précise du droit et du devoir académiques ; le second est l'application de ce droit et la condamnation implacable de ceux qui ont forfait à ce devoir. Je ne dis pas, je ne veux pas dire : *de l'Académie* ; car, malgré son peu d'importance numérique, la minorité qui m'est restée fidèle me paraît suffire pour représenter le corps qu'ont illustré les Laplace, les Lagrange, les Cuvier, les Geoffroy, les Savart, les Dulong, les Arago, les Serres, dont les noms, comme ceux des chefs de la vieille aristocratie française, couvriront longtemps encore le lustre éclat cette grande et noble famille qui s'en va tous les jours perdant de son lustre.

Je me plais à vous le répéter, mon cher Meunier, vous êtes du petit nombre des amis qui me sont restés fidèles depuis le commencement de ma carrière. Je m'en glorifie comme de l'amitié des Geoffroy, des Serres. La plume qui a écrit il y a vingt-cinq ans votre visite au musée de la Muette et celle qui vient de clore l'histoire de mes infortunes académiques ne périra pas plus que les travaux qu'elle a noblement vengés. J'aurais été vous dire toutes ces choses de vive voix et beaucoup mieux que je ne les ai écrites ; mais je veux que ce témoignage très affaibli de mon amitié et de ma reconnaissance reste entre vos mains comme un gage moins périssable des sentiments que je vous ai voués.

Cette lettre ne s'adresse qu'à l'ami ; elle perdrait son seul mérite à sortir du cœur dans lequel je la dépose.

JULES GUÉRIN.

R. F. D.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Bouchacourt, professeur de clinique obstétricale, est nommé professeur honoraire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Bagnéris, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, des fonctions de chef des travaux du laboratoire de physique médicale, en remplacement de M. Dumont.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Moutier, suppléant d'anatomie et de physiologie, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1886.

M. Simon, ancien suppléant de pathologie, de clinique obstétricale et de clinique chirurgicale, est provisoirement maintenu dans lesdites fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Herpin (Octave), suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, en remplacement de M. Thomas, appelé à d'autres fonctions.

M. Sainton, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Duclos, appelé à d'autres fonctions.

M. Thomas (Louis), professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique externe, en remplacement de M. Herpin, nommé professeur honoraire.

M. Duclos, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne de ladite Ecole, en remplacement de M. Charcellay, nommé professeur honoraire.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Halsey, docteur en médecine, agrégé de l'enseignement spécial, est maintenu, pendant l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chargé d'un cours complémentaire de physique.

***

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — L'Assemblée générale de la Société aura lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue Sorbonne, 15, le dimanche 14 février 1886, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. le docteur Jules Bergeron, de l'Académie de médecine.

Ordre du jour :

1° Discours de M. le docteur J. Bergeron ;

2° Compte rendu moral et financier, par M. le docteur Blache ;

3° Rapport sur les récompenses accordées aux médecins inspecteurs, par M. le docteur Marjolin ;

4° Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. le docteur Savoye.

— Un décret publié par le JOURNAL OFFICIEL du 12 janvier déclare d'utilité publique l'agrandissement de l'hospice des Enfants-Assistés, à Paris.

— Par décret, en date du 29 janvier 1886, M. le docteur Le Jollec, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Brard est nommé médecin du lycée de La Rochelle, en remplacement de M. le docteur Pros, décédé.

— Le quinzième congrès de la Société allemande du chirurgie se tiendra à Berlin du 7 au 10 avril prochain.

— Du 17 au 19 juin prochain aura lieu, à Munich, le premier congrès de la Société allemande de gynécologie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 31 JANVIER AU SAMEDI 6 FÉVRIER 1886

Fièvre typhoïde 20.—Variole 6,— Rougeole 14. — Scarlatine 5. — Coqueluche 4. — Diphtérie, croup 31. — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 5 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 194. — Autres tuberculoses 26. — Autres affections générales 77. — Malformation et débilité des âges extrêmes 63. — Bronchite aiguë 34 — Pneumonie 136. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 22. — au sein et mixte 16. — Inconnu 13. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 103. — de l'appareil circulatoire 77. — de l'appareil respiratoire 105.— de l'appareil digestif 51 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 32. — Causes non classées 18. — Total de la semaine : 1132 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Handbook of the diseases of the nervous system, by James Ross, fellow of the Royal College of physicians of London. — London, J. et A. Churchill, 1885.

On the suprapubic operation of opening the bladder for the stone and for tumours, by sir Thompson, consulting surgeon to University Gollege hospital. — London, J. et A. Churchill, 1886.

Manuel d'hydrothérapie, par le docteur Paul Delmas, inspecteur du service hydrothérapique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, etc. Un joli vol. cartonné diamant de 600 pages, avec 39 figures, 9 tableaux graphiques et 60 tracés sphygmographiques. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Du diabète sucré chez la femme, par le docteur Lecorché. Un vol. in-8. — Prix : 6 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Nouvelles recherches sur le traitement du tænia, par le docteur Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine, etc. Une brochure in-8 de 35 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon. Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

SUR L'OSTÉITE DÉFORMANTE OU PSEUDO-RACHITISME SÉNILE, par le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Ces trois observations, sans offrir un tableau complet de la *maladie osseuse de Paget*, suffisent pour en donner une idée. Rassemblons ici ces principaux traits :

Cette affection, essentiellement chronique, débute généralement dans un âge avancé, rarement vers la période moyenne de la vie (1). Elle a une marche insidieuse et n'altère pas la santé générale. Elle ne se traduit que par une déformation progressive et symétrique du squelette, et spécialement des os longs; ceux des membres inférieurs sont ordinairement les premiers atteints. Treves a cru remarquer (1) que chez les femmes, les os de l'avant-bras sont toujours atteints, et ne le sont pas chez les hommes. Cette règle est ici évidemment trop absolue; les deux observations de M. le professeur Ollier ne signalent aucune déformation des bras chez les deux femmes qu'il a eues sous les yeux.

Le crâne est souvent déformé et considérablement élargi; il n'en était rien dans nos trois observations. La colonne vertébrale peut aussi être très infléchie; le pelvis élargi; les clavicules sont souvent atteintes.

Le trait le plus caractéristique chez la plupart des malades, et chez les nôtres en particulier, c'est l'augmentation de courbure des fémurs et l'inflexion des tibias, qui ne s'accompagnent du reste d'aucun affaiblissement dans la résistance de l'os.

Dans la période initiale, on observe souvent de la douleur, prise par les malades pour du rhumatisme ou de la névralgie; il y aussi une élévation de température locale très marquée dans certains cas, comme dans un de ceux du professeur Ollier. Pas de fièvre.

L'attitude des malades, à la période ultime de la maladie, a quelque chose de frappant et de véritablement caractéristique :

L'affaissement des membres inférieurs et de la colonne vertébrale diminue la taille et provoque un allongement relatif des bras, qui paraissent démesurés. La marche hésitante, les épaules arrondies, la tête projetée en avant, l'abdomen proé-

(1) Il n'y a qu'une seule observation connue où la maladie a débuté à 28 ans : c'est la septième du second mémoire de James Paget. (*Medico-chirurg Transactions*, 1882, p. 234).

(1) *British medical Journal*, 1882, p. 1155.

FEUILLETON

DES ERREURS EN BIOGRAPHIE MÉDICALE A PROPOS DE LA VIE DE GEORGES BAGLIVI (8 septembre 1668 — 17 juin 1707).

Parmi les hommes qui font métier d'érudition, il n'en est pas, me semble-t-il, qui agissent vis-à-vis de leur public, avec autant de désinvolture, de légèreté et même d'outrecuidance, que bon nombre de médecins; je parle des médecins prétendus érudits. Je me suis souvent demandé comment, dans une corporation composée d'hommes aussi instruits que l'est notre confrérie médicale, tant d'erreurs historiques, biographiques, et surtout bibliographiques, peuvent être lancées si facilement. Et encore ne seraient-elles que lancées, il n'y aurait que demi-mal, mais elle sont accueillies avec faveur sinon avec reconnaissance, et jamais avec la moindre arrière-pensée; puis, bientôt après, ces mêmes erreurs sont reproduites avec empressement et avec complaisance, bien rarement corrigées, mais souvent considérablement augmentées.

D'où nous vient donc, à nous, médecins, cette sorte de naïveté qui nous fait incliner notre esprit et notre libre arbitre devant des assertions pédantesques de quelques faux savants? Couverts de la poussière de livres qu'ils ont à peine ouverts, et bérissés d'un appareil rebutant de termes polyglottes qu'ils ne comprennent pas, c'est ainsi que la plupart de nos modernes érudits se font écouter. On ne saurait discuter avec eux, ils vous rebutent. On n'ose les approcher, ni à plus forte raison demander des explications à des hommes qui semblent non seulement avoir plongé jusqu'au fond de cet Océan de livres et de brochures que l'invention de Guttemberg multiplie tous les jours de plus en plus et à foison, mais y vivre à l'aise.

D'autre part, ce médecin praticien, absorbé par les soins et les soucis de sa clientèle, par ses observations incessantes, par le besoin de se tenir au courant des recherches et des découvertes nouvelles, n'a guère de temps pour regarder en arrière, et il se fie volontiers à ceux qui se posent comme les dépositaires du passé. C'est bien sur cette docilité acquise de la multitude des médecins que comptent les demi-érudits qui nous encombrent d'erreurs. Ils savent, par expérience, qu'ils s'adressent, qu'on nous passe le mot, à des *gobeurs*, et ils agissent à la manière de ces voyageurs qui

minent, les jambes écartées et les genoux légèrement fléchis, achèvent de donner à la démarche du sujet quelque ressemblance avec celle des grands singes anthropomorphes. Ajoutez à cela le caractère hideux du crâne, souvent élargi et bosselé, et l'aspect anhélant du sujet dont les côtes altérées se soulèvent avec effort, vous aurez une idée du type que Paget a décrit d'une façon inoubliable.

Si le syndrôme clinique est définitivement fixé et assure à cette maladie une place distincte, il n'en est pas de même, il faut l'avouer, de l'anatomie pathologique et de l'étiologie.

Les principales notions anatomiques que nous possédons proviennent de l'autopsie d'un malade de Paget faite par le docteur Butlin. Les voici :

Pas d'altération du périoste ni du tissu médullaire ; épaississement de la substance compacte de l'os, paraissant due à l'adjonction de lamelles périphériques, et ayant l'aspect « dur, poreux, ou finement réticulé du beau corail »; par place, îlots de substance dense, pâle et aussi dure que la brique. Au niveau des épiphyses, il semble que le tissu spongieux soit comblé par du tissu compact. Au microscope, on constate la diminution du nombre des systèmes de Havers, et la dilatation des canaux de Havere, qui sont remplis de substance amorphe granuleuse et de cellules rondes et ovales ressemblant à des leucocytes. La présence d'os nouveau se voit distinctement sous le périoste du tibia.

Récemment, plusieurs pièces d'ostéite déformante ont été présentées à la Société pathologique de Londres par Silcock et Goodhart (1). Le premier a fait ressortir la grande vascularité de l'os altéré et l'état d'organisation imparfaite de la nouvelle substance osseuse. Pour lui, le premier phénomène est la résorption du tissu osseux qui est suivie par une néoformation compensatrice formant une sorte de cal interstitiel.

L'analyse chimique n'a rien révélé de notable au docteur Russell auquel Paget avait soumis ses pièces.

En somme, les lésions n'ont rien de caractéristique et semblent se rapporter à une ostéite chronique. Tout ce qu'on peut en déduire, c'est que la maladie diffère de l'ostéomalacie et du rachitisme anatomiquement autant que cliniquement.

L'étiologie est tout aussi vague. L'influence de la *syphilis* est notoirement nulle. En serait-il autrement de la *diathèse cancéreuse* ou tout au moins de la *diathèse néoplasique*? James Paget a vu trois fois le cancer chez ses cinq premiers malades. Goodhart (1) a signalé une fois un fibrome de l'utérus. Stephen Paget, sur une malade, une *tumeur pigmentée* de l'aine ; sur une autre, un molluscum. On a aussi trouvé plusieurs fois des maladies de cœur (2). Mais ne s'agit-il pas de simples coïncidences ? Il ne faut pas oublier l'âge avancé des sujets atteints d'ostéite déformante et la fréquence du cancer ou des maladies de cœur chez les vieillards.

(1) *Pathological Society of London. The Lancet*, 21 March 1885.

La *goutte* paraît avoir une importance pathologique bien plus avérée, et elle est signalée dans nombre d'observations, soit chez les malades eux-mêmes, soit chez leurs ascendants. Quant au *rachitisme*, je n'ai trouvé qu'une seule observation où elle fut mentionnée chez les enfants d'une malade. Il s'agissait d'une femme qui avait eu deux fausses couches et douze enfants dont plusieurs avaient été atteints de rachitisme (3).

La *scrofule* n'est mise en cause par aucun des auteurs que je connaisse. Mais je dois insister sur son existence évidente chez la malade que j'ai observée : l'ostéite du doigt, avec fongosités osseuses et synoviales, établit péremptoirement cette diathèse ; il est frappant de la voir apparaître tardivement (scrofule sénile) en même temps que les lésions de l'ostéite déformante.

Quoi qu'il en soit, la nature même de l'affection reste très obscure.

Pour Paget, il s'agit véritablement d'une maladie nouvelle, et il en donne pour preuve l'absence de description ancienne, et l'absence de pièces pathologiques dans les musées. Les pages où l'éminent chirurgien expose ses idées sur son mode d'origine, due à une sorte de *tranformisme morbide*, sont pour ainsi dire enfouies dans une allocution, *The Bradshaw Lecture*, prononcée en séance solennelle au Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, le 13 décembre 1882 (4). Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de donner une rapide analyse de ce passage aussi remarquable que peu connu dans notre pays :

(1) *Pathological Society of London. The Lancet*, 21 March 1885.
(2) Dr Barlow, *Royal medical and chirurgical Society — British medical journal*, 16 June 1883.
(3) Treves, *Transact. of the Pathological Society*, London, 1884.
(4) *The British medical journal*, 16 déc. 1882.

---

viennent de loin et dont on ne peut facilement aller vérifier les assertions. Plutôt que de broncher ou de paraître ignorer, je ne dirai pas qu'ils préfèrent mentir, mais du moins ils ne cherchent à établir ni à rétablir la vérité. Habitués à être crus sur parole et sûrs de l'être, ils écrivent sans sourciller. Ils n'examinent pas, ils transcrivent, ceux dont la devise devrait être celle que J.-J. Rousseau avait empruntée à Juvénal :

. . . . *Vitam impendere vero.*

Mais prenons un exemple. Nous n'avons pas à le chercher, il nous vient sous les yeux par l'entremise d'un journal italien : IL MORGAGNI, qui, dans son dernier numéro (1), contient une notice biographique sur Baglivi. L'auteur, un médecin de Berlin, le docteur Max Salomon, se pose en redresseur de torts. En cela, il a raison. Mais il prétend faire le jour sur une multitude de points de la vie de Baglivi, et nous trouvons qu'il exagère la portée de son article. Car, somme toute, il n'apporte aucun document nouveau ; il n'a pas suivi ses devanciers dans toutes les erreurs qu'ils ont commises. C'est là un grand mérite, mais il ne nous présente aucune découverte, et c'est là un défaut, quand on a la prétention de venir rectifier et compléter l'histoire d'un grand médecin. Quoi qu'il en soit, nous devons savoir gré à M. Max Salomon d'avoir su quitter l'ornière.

(1) Novembre — décembre 1885.

On en conviendra d'ailleurs aisément, Georges Baglivi n'a pas eu de chance avec ses biographes. Éloy, qui se contente de donner pour sa naissance la date de l'année (1668), ne sait s'il doit, avec Haller, le faire naître à Raguse, ou, avec Nicolas Commène, dire qu'il était de Lecce. De plus, il le fait mourir en 1706, un an trop tôt.

Goulin, dans l'*Encyclopédie méthodique*, s'est contenté de copier Éloy.

Chaussier et Adelon (*Biographie universelle de Michaud*, t. III, 1811), donnent les mêmes dates que Éloy et Goulin.

Dans la *Biographie médicale de Panckoucke*, Castel fait naître Baglivi en 1669, mais il donne la date exacte de sa mort (17 juin 1707).

Dezeimeris donne les mêmes dates que Castel.

Ferdinand Hœfer, lui, a voulu être plus exact que ses prédé-

« Il existe réellement des maladies nouvelles, des maladies nouvelles en voie d'évolution. Je n'en veux pour preuve que les arthropathies ataxiques décrites par M. Charcot, et cette maladie des os que j'ai décrite sous le nom d'*ostéite déformante*. Il est possible que ces maladies aient été seulement méconnues jusqu'à ces derniers temps, mais j'en doute fort.

« En vingt-six ans, j'ai observé douze cas bien caractérisés d'ostéite déformante et un nombre à peu près égal de cas où il n'y en avait que quelques-uns des signes.

« Dans ces six dernières années, j'en ai vu sept cas, on en a publié d'autres, et cependant je n'ai trouvé rien qui me montrât que des chirurgiens, dans les mêmes conditions que moi, l'aient observée auparavant. Brodie et Stanley n'ont vu que le malade que je leur ai montré, il y a plus de vingt-six ans, et dont proviennent ces pièces. Dans nos musées, je n'en ai pu trouver aucun exemple, ni dans nos livres. Les collectionneurs, s'ils en avaient trouvé, auraient regardé ces os comme des pièces précieuses ; or, Hunter, Howship, Langstaff, Liston, Cooper, Stanley, recueillaient non seulement les pièces typiques de maladies connues, mais tout ce qu'ils trouvaient de curieux.

« Il est évident que dans les maladies héréditaires il se produit des déviations du type primitif. Les types varient dans les maladies comme dans les espèces, même dans les maladies qui dépendent le moins des causes extérieures, mais surtout des qualités transmises par hérédité.

« De telles déviations doivent paraître on ne peut plus probables quand on songe aux nombreuses dispositions morbides qui sont transmises chez un même individu par les deux parents, et quand on considère combien il est difficile de conserver intacte la pureté de l'espèce.

« Il peut y avoir aussi *réversion* vers des prédispositions morbides datant de plusieurs générations.

« On peut, dans l'ostéite déformante, trouver des points de ressemblance avec plusieurs autres maladies ; il est probable qu'il s'est fait entre ces différentes maladies une combinaison par proportions définies, combinaison rendue possible par la déviation de chacune de ces maladies du type primitif. — Tout d'abord, l'ostéite déformante est parente du rachitisme et de l'ostéomalacie. Elle en diffère parce que c'est une affection inflammatoire, mais elle s'en rapproche par la porosité qu'elle provoque sur certains os, notamment le crâne, et les incurvations spéciales des membres inférieurs, totalement étrangères aux formes communes de l'ostéite.

« Dans plusieurs de nos observations nous avons trouvé des antécédents goutteux, et l'on voit des cas d'ostéite déformante limitée à un seul os chez des personnes manifestement goutteuses. Le maintien de la santé générale est encore un point de ressemblance avec l'ostéo-arthrite et d'autres formes de rhumatisme goutteux. Enfin, il semble que l'ostéite déformante ait quelques degrés de parenté avec le cancer, si l'on considère la fréquence avec laquelle l'on trouve le cancer ou le sarcome des os chez les personnes qui ont souffert longtemps d'ostéite déformante.

« Il est donc probable que cette maladie nouvelle est due à des prédispositions héréditaires qui ont subi des modifications et qui se sont concentrées sur un même individu.

« Il faudrait étudier de telles variations dans les maladies, comme Darwin étudiait les variations dans l'espèce.

« Cette étude n'est pas une simple curiosité scientifique : c'est une étude utile, puisqu'elle permettrait de porter un diagnostic plus précis et de formuler une thérapeutique active, les déceptions de la thérapeutique n'étant le plus souvent dues qu'à des erreurs de diagnostic. »

Rien à signaler à propos du *traitement*, si ce n'est l'inutilité complète de l'iodure de potassium auquel la plupart des malades ont été soumis avant que le diagnostic ait été fixé. Le médicament est plutôt nuisible, vu son action débilitante sur des vieillards.

Reste à assigner un nom définitif à cette maladie nouvelle. James Paget, dans le premier mémoire où il l'a fait connaître (1), a proposé celui d'*Osteitis deformans* qui a l'avantage de ne pas préjuger sa nature et d'indiquer le caractère principal de l'affection. Il est vrai que ce nom avait déjà été consacré par Czerny (de Fribourg) (2) à une lésion essentiellement différente (*eine lokale Malacie des Unterschenkels*), sorte d'ostéite aiguë et raréfiante de la partie inférieure du tibia et du péroné ayant amené leur condure et terminée par éburnation. Une pièce analogue a été depuis déposée au musée du Collège des chirurgiens de Londres par le docteur Butt. Dans l'un et l'autre cas, il s'agissait de sujets jeunes. Mais il ne paraît pas qu'il s'agisse là d'un type clinique véritable.

M. le professeur Ollier a inscrit en tête des observations qu'il a bien voulu me communiquer le nom *Ostéomalacie locale*. M. Vincent, dans l'article que j'ai cité, propose celui d'*Ostéomalacie hypertrophique bénigne*. Si j'osais moi-même indiquer une appellation nouvelle, j'indiquerais celle de *Pseudo-rachitisme sénile*, qui rappelle à la fois l'aspect le

(1) Le 14 novembre 1875.

(2) *Wiener medizinische Wochenschrift*, 27 sept. 1873.

---

cesseurs, et il a trouvé moyen de se tromper deux fois. Il nous dit que Baglivi naquit en 1669 et mourut en mars 1707. Mais, pour donner plus d'autorité à ses assertions (fautives), Hœfer ajoute : « Tous les biographes, à l'exception de Fabroni, ont donné ici des dates inexactes. Les uns font naître Baglivi en 1663, les autres en 1668. Or, Baglivi raconte lui-même (*Præfat. in specim. IV, Librorum de Fibra*, etc.), qu'il tomba malade d'une fièvre aiguë en janvier 1692, et qu'il avait alors *vingt-trois ans;* il naquit donc en 1669 (1), et il mourut à l'âge de trente-huit ans, c'est-à-dire en 1707, et non en 1702, comme on l'a prétendu. »

Daremberg (dans son *Histoire des sciences médicales*, p. 783), donne les dates 1668 et 1706, tandis que, dans le Dictionnaire de Dézobry et Bachelet, il indique les dates 1669-1707 (2).

Quant à Achille Chereau, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre, il a naturellement commis au moins deux erreurs. Il fait naître Baglivi en 1669, mais, de plus, il nous indique, avec une apparence de précision, une nouvelle date de la mort : il désigne le 12 juin 1707, au lieu du 17 juin. Et cependant Chereau, qui cite la traduction française faite par le docteur J. Boucher de la *Médecine pratique de Baglivi* (Paris, in-8, 1851), aurait pu lire dans la préface de ce livre les lignes suivantes : « On comprend difficilement qu'on ait pu différer d'opinion sur son âge, quand on saura qu'il a donné lui-même, dans le traité *De la Tarentule*, chap. XII, son acte de naissance. On

(1) Pourquoi donc ? à moins d'être né dans les premiers jours de janvier 1669, Baglivi devait, pour avoir 23 ans révolus en janvier 1692, être né en 1668. C'est fixer une date bien à la légère que d'indiquer l'année 1669, sur une phrase aussi peu explicite.

(2) Ferrario (Filippo) désigne les dates suivantes : ... septembre 1669 et 17 juin 1707, pour la naissance et pour la mort de Baglivi dans la notice qu'il a consacré au *Blason de la médecine* (Pavie, 1839). Cette notice serait d'ailleurs, si nous en croyons l'excellente Bibliographie biographique universelle de Edouard-Marie Œttinger, la seule biographie consacrée spécialement à Baglivi. Et elle n'a que 8 pages !

plus frappant des membres atteints et l'étiologie particulière du mal; pourtant, j'avoue ne défendre que faiblement ce néologisme. N'est-ce pas un acte de reconnaissance scientifique autant que de justice que de conserver aux inventeurs le droit de baptiser leur œuvre? Le nom d'*Ostéite déformante* doit donc rester attaché, non à la description d'un cas particulier et nullement typique, comme celui de Czerny, mais au genre morbide nouveau, à la maladie nouvelle que l'éminent chirurgien anglais a eu le mérite de découvrir, de déterminer et de décrire magistralement.

Puisse cette note contribuer à la faire connaître dans notre pays et provoquer sur ce sujet des publications plus importantes (1).

OPHTHALMOLOGIE

De l'extirpation de la glande lacrymale dans les cas de larmoiement incoercible, par le docteur Darier, chef de clinique de M. Abadie.

Le cathétérisme des voies lacrymales, pratiqué selon les indications de Bowmann, réussit à faire cesser le larmoiement dans tous les cas où il est la conséquence d'un rétrécissement siégeant sur le trajet du canal lacrymal; mais, dans des cas exceptionnels, la perméabilité du canal peut être parfaite, et l'on peut passer les sondes les plus grosses, sans arriver à tarir l'épiphora.

Il est probable qu'alors l'obstacle à l'écoulement des larmes siège à la partie inférieure du canal, au point où il arrive dans le méat inférieur, et il est évident qu'alors la dilatation par les sondes n'a plus sa raison d'être et sera forcément insuffisante. Il peut se faire aussi que l'activité sécrétoire soit exagérée, et nous n'avons plus alors d'autre ressource à notre disposition que l'ablation de la glande lacrymale.

Cette opération n'était pratiquée jadis que dans les cas de dégénérescence de l'organe ou de tumeurs de l'orbite intéressant la glande elle-même; quelquefois aussi, pour se frayer un chemin à travers l'orbite. Bernard, le premier, en 1843, enleva une glande lacrymale saine dans le but de guérir un larmoiement rebelle à tout traitement. Il obtint une guérison complète. Plusieurs chirurgiens anglais suivirent son exemple; Lawrence, dans un mémoire remarquable, fit connaître au Congrès d'ophthalmologie de 1867 quatorze cas de guérison de larmoiement incoercible par ce traitement radical. M. Abadie, en 1878, dans un article de la Gazette hebdomadaire, vint à la suite de Lawrence attirer l'attention des chirurgiens sur les bons effets que l'on peut obtenir de cette opération qu'il avait pratiquée avec succès nombre de fois.

L'extirpation de la glande lacrymale n'est pas, en somme, une opération aussi difficile qu'on se le figure habituellement, et, dans les cinq cas que nous avons vu opérer, il n'est survenu aucune complication sérieuse.

Le procédé employé par M. Abadie est le suivant: il fait dans la queue du sourcil, le long du bord orbitaire, une incision de 4 centimètres; il sectionne, couche par couche, jusqu'au bord de l'orbite. Arrivé là, après avoir comprimé la plaie un certain temps afin de la rendre exsangue, il sectionne nettement l'aponévrose orbito-oculaire de façon à avoir accès dans la cavité orbitaire.

Dès que l'aponévrose est sectionnée au niveau de la fossette lacrymale, on aperçoit, émergeant dans le champ opératoire, la portion orbitaire de la glande; on la reconnaît facilement à son aspect lobulé, d'un blanc rosé; la saisissant solidement avec une pince de Museux et l'attirant hors de sa loge, il la détache du tissu environnant à petits coups de ciseaux aussi complètement que possible. La plaie est fermée par deux points de suture et recouverte d'un pansement antiseptique rigoureux. La réunion dans tous nos cas s'est toujours faite par première intention.

Il nous a été permis à la clinique du docteur Abadie de voir

(1) Depuis la rédaction de ce mémoire, M. le docteur Lancereaux a fait paraître dans le tome III de son Traité d'anatomie pathologique (Paris, 1885, p. 49 à p. 55) une très intéressante notice anatomique sur l'ostéite déformante. Elle est comprise dans le paragraphe consacré aux *ostéites prolifératives*, et renferme une observation nouvelle sous ce titre: *Ostéite déformante du fémur et du tibia droits; arthrites déformantes de la main et du genou du même côté; angine granuleuse.* — M. Lancereaux croit avoir retiré dans ce cas de bons effets de l'iodure de potassium, ce qui l'engage à en conseiller l'emploi. J'ai déjà dit que les auteurs anglais n'ont obtenu aucun résultat de ce médicament. Je l'ai moi-même essayé vainement sur la malade dont j'ai donné la description dans le précédent numéro.

peut donc affirmer maintenant, malgré l'autorité de Fabroni, que Baglivi naquit à Raguse le 8 septembre 1668, *au lever du soleil.* »

Eh bien! Boucher lui-même mêle une erreur à sa rectification, car c'est dans le chapitre XIII, et non dans le chapitre XII de la *Dissertation sur la Tarentule* que Baglivi a placé une longue phrase incidente pour nous dire, et non sans un certain ton de chauvinisme, où et quand il est né:

« Ipse vidi, dit-il, canem Ragusii, pulcherrimâ et nobilissimâ dalmatiæ urbe, quæque olim antiquorum epidaurus fuit et æsculapii templo celebris, nunc est caput reipublicæ liberæ et præstantissimæ. Ibidem natus sum ipse anno 1668, diæ 8 septembris, oriente sole; deindè puer cum parentibus Aletium in Apuliam migravi ubi nunc nostra sedes. Vidi, inquam, canem cui adeo exosus erat cytharæ vel alterius instrumenti musici sonus, ut, eo audito, in magnos ululatus, ac fere in luctum conjiceretur. »

On voit donc que M. Salomon n'est pas le premier qui ait donné la date exacte de la naissance de Baglivi. Le vrai mérite en revient à J. Boucher, qui de plus a indiqué l'ouvrage renfermant le texte sur lequel on doit s'appuyer, tandis que M. Salomon se contente de dire que c'est d'une lecture attentive de ses ouvrages qu'il peut déduire que Baglivi est né le 8 septembre 1668 à Raguse, en Dalmatie (1).

Essayons maintenant, à la suite de M. Salomon, de fixer en une courte notice les principaux traits de la vie de Baglivi. Nous trouverons encore plusieurs points d'interrogation à placer, et un plus grand nombre à laisser subsister dans cette biographie.

Georges Baglivi naquit donc à Raguse, capitale de la Dalmatie, le 8 septembre 1668, au lever du soleil. Sa famille était d'origine arménienne, elle n'avait d'autre nom que celle de la première patrie (Boucher). La misère la fit quitter Raguse; elle s'embarque et aborde par hasard à Lecce (dans la Pouille). « Sur la recommandation du jésuite Tudisius, qui était leur compatriote, un médecin riche et considéré, nommé Pier-Angelo Baglivi, adopta les deux enfants de la pauvre famille, les fit élever, leur laissa sa fortune, et leur donna un nom que tous deux surent rendre illustre » (2).

(1) Le docteur F. Frédault, dans son *Histoire de la médecine* (t. II, p. 136), donne les dates 1668-1708, et il ajoute, comme s'il ne savait pas faire la soustraction, que Baglivi mourut à 38 ans.

(2) M. Max Salomon semble croire et nous dit que c'était le vrai

cinq cas d'extirpation de la glande lacrymale pour larmoiement incoercible; dans aucun cas, nous n'avons observé de sécheresse de l'œil; celui-ci, au contraire, restait brillant et humide sans que jamais il y eût tendance au larmoiement.

Plusieurs malades ont également rapporté que, sous des influences morales amenant des pleurs, l'œil opéré devenait bien un peu plus humide, mais ne pleurait jamais comme l'autre œil. C'est là un fait important à noter, parce que beaucoup d'opérateurs ont hésité à pratiquer l'extirpation de la glande lacrymale, de crainte des conséquences fâcheuses qui auraient pu en résulter.

La seule complication que nous ayons observée a été une fois un ptosis de la paupière supérieure, parce que l'incision ayant porté un peu haut dans le sourcil, quelques fibres du releveur de la paupière ont été intéressées dans la section; mais la malade fut facilement guérie ultérieurement par le procédé de Dransart.

Voici, du reste, un résumé très succinct des cinq observations que nous avons pu relever depuis trois ans :

I. Mlle M..., âgée de 19 ans, atteinte de larmoiement de l'œil droit, pour lequel elle se fait soigner depuis de longs mois déjà, préfère subir une opération plutôt que de garder son infirmité. Les sondes les plus grosses passent facilement et néanmoins l'épiphora persiste. M. Abadie pratique l'extirpation de la glande lacrymale pendant la narcose chloroformique. La guérison s'opère rapidement, mais un ptosis de la paupière nécessite une nouvelle intervention. Trois mois plus tard, la jeune fille retourne dans son pays, parfaitement guérie et très satisfaite; son œil, toujours parfaitement humide et brillant, ne larmoie plus du tout.

II. M. X..., sculpteur à Saint-Denis, vient depuis deux ans à la clinique du docteur Abadie pour se faire passer des sondes, mais le larmoiement n'en persiste pas moins et l'incommode énormément pendant l'exécution de ses travaux délicats. L'extirpation de la glande lacrymale le guérit complètement.

III. Mlle L..., 23 ans, se fait aussi passer des sondes depuis fort longtemps pour un larmoiement de l'œil gauche qui ne disparaît pas. Elle est désolée, car, dit-elle, c'est une gêne continuelle, et de plus la peau de la joue, perpétuellement irritée, est le siège d'un eczéma rebelle. Elle demande la guérison, même au prix d'une opération. Trois mois plus tard, elle revenait nous montrer ses yeux; le gauche, que l'extirpation de la glande avait parfaitement guéri, paraissait aussi bien que l'autre.

IV. M. A... 25 ans, a été mordu par un gros chien qui lui a planté un de ses crocs en pleine caroncule de l'œil droit en lui déchirant la paupière inférieure. Il a conservé après la suture de la paupière un larmoiement causé par une obstruction complète cicatricielle du sac lacrymal. Impossible de passer des sondes par les points lacrymaux compris dans le tissu cicatriciel et devenus imperméables. Après de nombreuses tentatives restées infructueuses, M. Abadie pratique le 4 août 1885 l'extirpation de la glande lacrymale. En décembre, nous avons revu le malade qui est très satisfait et ne présente plus de larmoiement.

V. Le 17 novembre 1885, M. Abadie a encore extirpé la glande lacrymale d'un jeune garçon de onze ans qui avait déjà couru plusieurs cliniques pour se faire guérir d'un épiphora rebelle de l'œil gauche ayant provoqué et entretenant un eczéma chronique de la peau de la joue du même côté. Son œil est aujourd'hui absolument semblable à l'autre.

De ce qui précède, nous concluons que :

1o L'extirpation de la glande lacrymale est une opération qui mérite d'être mise en pratique plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour;

2o Qu'elle est indiquée dans tous les cas où le larmoiement a résisté aux divers traitements classiques, alors même que de grosses sondes passent facilement par le canal nasal, mais sans résultat bien efficace, et dans les cas où, à la suite d'une obstruction par cicatrice, il est impossible de rétablir les voies naturelles;

3o Que l'opération en elle-même ne présente pas de grandes difficultés. Grâce à une bonne antisepsie, les accidents sont peu à craindre, et la réunion a toujours lieu par première intention. La chloroformisation pourtant est nécessaire.

Après l'opération, les malades sont en général très satisfaits du résultat et jamais l'on n'observe de sécheresse de l'œil.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS.

Obstétrique et gynécologie

SUR L'ANTISEPSIE PUERPÉRALE INDIRECTE, par le professeur D. CHIARA (de Florence).

La prophylaxie antiseptique puerpérale peut être directe ou

Le plus jeune, Giacomo, suivit la carrière religieuse. L'aîné, Georges Baglivi, embrassa la profession de son père adoptif et eut pour premier maître un jésuite, Michel Montaggio (1), qui lui enseigna le grec et le latin.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE WIESBADEN. — Le cinquième Congrès de médecine interne se tiendra à Wiesbaden du 14 au 17 avril 1886 sous la présidence de Leyden. Voici les principales communications actuellement annoncées :

Première séance. — 14 avril. — Pathologie et thérapeutique du diabète sucré. — Rapporteurs : Stockvis (Amsterdam) et Hoffmann (Dorpat).

Deuxième séance. — 15 avril. — Traitement chirurgical des exsudats pleuraux. — Rapporteurs : O. Frœntzel (Berlin) et Weber (Halle).

Troisième séance. — 16 avril. — Traitement de la syphilis. — Rapporteurs : Kaposi (Vienne) et Neisser (Breslau).

Communications diverses. — Thomas (Fribourg). — Sur le poids du corps.

Riess (Berlin). — De l'antipyrése.

Brieger (Berlin). — Des ptomaïnes.

Ziegler (Tubingue). — De la transmission de particularités pathologiques acquises.

Fick (Wurbourg). — Des variations de la pression sanguine dans les ventricules cardiaques pendant le sommeil morphinique.

Le Comité du Congrès est composé des médecins suivants : Leube, Liebermeister, Nothnagel, Pagenstecher, Emil Pfeiffer, Secretani.

père de Baglivi qui était médecin célèbre et l'ami intime du pape Innocent XII.

(1) Dezeimeris le nomme Michel Mondegai

génitale et indirecte ou extra-génitale. La prophylaxie indirecte est plus simple, plus facile, plus économique que la prophylaxie directe et n'est pas moins efficace. Cela s'explique par la topographie des lésions et des régions, qui, le long du canal génital, peuvent être la porte d'entrée des matériaux septiques et par la disposition anatomique du canal génital qui rend très difficile l'entrée de l'air.

La prophylaxie indirecte consiste à rendre aseptique le canal vagino-utérin, aussitôt après et autant que possible pendant l'accouchement; cela fait, le meilleur moyen de le maintenir aseptique est la *non-intervention absolue* jusqu'à la fin des couches. On favorise l'écoulement lochial par une position convenable de l'accouchée (tête et tronc élevés); on s'abstiendra de placer sur la vulve des compresses, de la gaze ou autres choses semblables; le lit, les divers objets et vêtements des personnes qui soignent l'accouchée ont été désinfectés préalablement par les vapeurs de soufre.

Pour rendre aseptique le canal utéro-vaginal, il faut : 1° que l'accouchement se fasse dans un nuage phéniqué, à partir du début de la période d'expulsion ou dans le cas d'intervention; 2° l'accouchement terminé, procéder à un lavage abondant et prolongé du canal génital avec la solution au millième de sublimé. A partir de ce moment, abstention absolue de tout examen. (ANNALI DI OSTETRICA GINECOLOGICA E PEDIAT., sept.-oct., 1885.)

CONTINUATION D'UNE GROSSESSE APRÈS UNE PONCTION DU SAC AMNIOTIQUE ET L'ÉVACUATION DU LIQUIDE, par le professeur CHIARA.

Il s'agit d'une femme reçue à l'Institut obstétrical de Florence pour un kyste de l'ovaire. La possibilité d'une grossesse concomitante, d'abord admise, fut ensuite rejetée, et une ponction exploratrice pratiquée. On tomba sur un utérus gravide; le liquide amniotique fut totalement extrait. La grossesse continua et le liquide se reproduisit. Ovariotomie quatorze jours après la ponction exploratrice; vingt-quatre heures après l'opération, expulsion d'un fœtus vivant. Guérison.

LES COURANTS CONTINUS ASSOCIÉS A L'ERGOTINE DANS LE TRAITEMENT DES MYOMES UTÉRINS, par le docteur PICCININI, d'ASTI.

Dans un cas rebelle au traitement par l'ergot de seigle, l'auteur eut recours à l'ergotine et aux courants continus; l'électrode négative était placée dans la cavité utérine. Par cette méthode de traitement, on obtint une notable diminution de volume de la tumeur et la disparition de tous les phénomènes qui l'accompagnaient.

AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE POUR DYSTOCIE DES PARTIES MOLLES par le docteur FIBBI.

L'obstacle à l'accouchement était dû à l'existence d'un gros fibrome de la paroi postérieure de l'utérus occupant tout le petit bassin. La taille césarienne fut faite le quatrième jour du travail, alors qu'il existait déjà un commencement de septicémie; amputation utéro-ovarique; ligature préalable séparée des ligaments larges; cure du pédicule utérin, extra-péritonéale. Mort vingt-quatre heures après l'opération par hémorrhagie du pédicule du ligament large gauche. (ANNALI DI OSTETRICA, GINECOLOGICA, sept.-oct., 1885.)

MARIUS REY.

HYGIÈNE PUBLIQUE

LE BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE BRUXELLES.

Ainsi que nous aurons l'occasion de le faire remarquer dans une étude ultérieure sur la police sanitaire en France et à l'étranger, le bureau municipal d'hygiène de Bruxelles est un des premiers qui ait été organisé et un de ceux dont le fonctionnement est le plus satisfaisant.

M. le Dr Jamsen, directeur de ce bureau, a publié un *rapport sur les opérations du bureau d'hygiène et sur la salubrité publique de la ville de Bruxelles pendant l'année 1884*, dont nous pouvons extraire les renseignements que voici :

Le service de l'état civil a constaté 5,504 naissances, 465 morts-nés, 5,011 décès.

Le service de santé qui soigne tous les employés communaux a fait 7,176 visites ou consultations et 138 rapports sur des individus placés en observation au point de vue de leur état mental, à l'hôpital Saint-Jean; (dans 45 cas, près de 40 0/0, la cause probable était l'alcoolisme).

L'office vaccinogène communal a pratiqué 4,876 vaccinations et revaccinations, dont 1,276 revaccinations chez des enfants des écoles communales âgés de plus de 10 ans.

L'inspection sanitaire des écoles, faite avec beaucoup de soin, a renseigné l'administration sur les améliorations sanitaires à apporter à ces établissements. Le personnel médical donne des leçons d'hygiène aux écoliers des classes supérieures sous forme de devoirs de style et roulant sur la préservation des maladies contagieuses, la vaccination, le chauffage, la ventilation, l'hygiène des habitations, des vêtements, de la respiration, les soins à donner aux dents et à la bouche, etc.

Les soins hygiéniques et médicaux donnés aux enfants et qui contribuent à les préserver de certaines affections ont porté sur 2,065 enfants, dont 292 ont été guéris, 1,545 améliorés, 106 restés sans résultat. Un dentiste attaché aux écoles a donné 999 consultations simples ou accompagnées d'opérations ou de soins spéciaux; il aurait été utile de savoir le nombre des enfants fréquentant les écoles.

Pour la transmissibilité des maladies contagieuses, le bureau a publié, il y a quelque temps déjà, des instructions qui ont servi de modèle à plus d'une ville étrangère.

Le bureau reçoit de ses médecins des rapports sur les cas de maladies zymotiques observées et sur les causes découvertes de ces maladies; il a remédié à quelques-unes de ces causes en prescrivant certaines mesures d'assainissement (301 fois sur 599).

Le bureau a prescrit 785 désinfections, dont 381 à l'acide sulfureux.

Le service a fait 786 enquêtes sur des habitations et impasses signalées comme insalubres et sur certains établissements soumis à des ordonnances de police, et il a prescrit les mesures nécessaires.

Voici quelques détails statistiques. Nous avons dit que le nombre des décès observés en 1884 a été de 5,011, chiffre inférieur de 596 unités à celui de l'année 1883.

Si on défalque le nombre des personnes transportées de dehors aux hôpitaux où elles ont succombé (715), il reste pour la population stable de Bruxelles un taux annuel de 25,1 décès pour 1,000 habitants.

Quant à l'âge, il est mort 669 enfants de 0 à 6 mois, 378 de 7 à 12 mois, soit 24,4 0/0 des décédés dans la première année et

708, soit 16,5 0[0, de 1 à 5 ans ; en tout 40,9 0[0 de 0 à 5 ans. Les décédés an delà de 80 ans figurent pour 4 0[0. Les maladies zymotiques ont donné 414 décès, tandie que la moyenne des 5 années précédentee réunies n'était que de 280,8.

La variole a duré épidémiquement de novembre 1882 à juillet 1884, a fait 93 victimee en 1884, soit 21,6 sur 1,000 décès et 5,4 sur 10,000 vivants.

La fièvre typhoïde a tué 92 personnes, plus 15 étrangères à la ville ; la moyenne décennale 1871-80 était de 138. En 1884, c'est une proportion de 14,4 sur 1,000 décès et 3,6 sur 10,000 vivants.

Il y a en 116 morts par le cronp et la diphtérie (78 cas de croup, 38 de diphtérie); le maximum en décembre (18), le minimum en février (4). Sur ces 116 décès, 4 ont en lieu avant 1 an ; 88 de 1 à 5 ans.

La scarlatine a fait 52 victimes, soit 7,2 sur 1,000 décès et 2,1 sur 10,000 vivants ; c'est surtout de 1 à 5 ane que la mortalité a été la plus forte (9). La classe indigente a été surtout frappée pour les 4 maladies que nons venons de passer en revus. 70 0[0 environ appartenaient à la classe indigsnte.

La phtisie pulmonaire a fait 588 victimes à Bruxelles ; il faut ajouter à ce chiffre 176 phtisiques qui sont vsnus du dehors mourir aux hôpitaux de cette ville, et sur ce total de 764 décédés, 608 appartenaient à la classe indigente. Le maximum des décès a été observé en mars (81), ls minimum en septembre (44). L'âge dss décédés présente les particularités suivantes : 203 avaient de 20 à 30 ans, 227 de 30 à 40 ans, 152 de 40 à 50 ans. Avant 20 ans, on trouve 82 décès ; après 50 ans, 100. La phtisie a donné 34,9 décès sur 10,000 vivants.

C'est toujours l'entérite qui fait chez l'enfance (de 1 à 5 ane) les plus grands ravages (589), puis la bronchite et la pneumonie (310), pnis les tuberculisations diverses (201), les convulsions (182), le croup et la diphtérie (116), etc.

Sur le total de 1,854 décès chez les enfants, 1,421 se rapportent à des enfants légitimss, 433 à des enfants illégitimes. Le rapport de M. Jameen montre qu'eu égard à la natalité légitime et illégitime, la mortalité pour enfants de 1 à 3 ans est de 6,9 pour les légitimes et de 13 0[0 pour les illégitimse.

Le bureau d'hygiène fait depuis longtsmps remettre aux personnes qui déclarent la naissance d'un enfant une brochure très bien faite, *Conseils aux mères de famille*, qui a déjà sanvé la vie à beaucoup de pauvres petits êtres.

Le nombre des suicidés s'est élevé à 60, soit 16 de plus que la moyenne décennale 1871-80. Dans ce nombre figurent 46 hommes, 14 femmes ; 21 des suicidés étaient célibataires, 26 mariés, 13 veufs, 4 étaient âgés de moins de 20 ans, 3 de 1 à 80.

Un laboratoire ds chimie est annexé au bureau d'hygiène ; il a fait 1,172 analyses, parmi leeqnelles 342 analyses d'eaux de puits, qui ont donné 58 eaux potables, 210 eaux mauvaises, 75 douteuses.

Les analyses fsites sur lee demandes des particuliers sont gratuites.

Le lait, ls beurre, le vin ont fourni le plus d'échantillons falsifiés ; sur 505 échantillons de dsnrées envoyés au laboratoire on saisis par des employés, 61 étaient faleifiés.

Le service des filles publiques est très bien fait à Bruxelles. Sur 306 filles inscrites au 1er janvier 1884, on en a envoyé 79 à l'hôpital, où sont entrées aussi 30 filles arrivées à Bruxelles et 15 prostituées clandestines (sur 45 arrêtéss). Les médecine inepecteurs ont fait 28,382 visites. Dr D.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie pathologique, par E. Lancereaux. T. III, 1re partie. — Delahaye et Lecrosnier, 1885.

Dans ce volume, l'anteur étudie les altérations anatomiqnes du système locomoteur (os, cartilages et articulations, mnscles, tendons, aponévroses et ligaments), et les lésions des nerfs, de la moelle et des ganglions nervenx. Fidèle à la méthode appliquée dans les parties déjà parues de son traité, M. Lancereaux fait suivre l'exposé des lésions de considérations sur leurs causes et leur genèse. Cette façon de rapprocher la notion étiologiqne de son expression anatomique rend la lecture de l'ouvrage moins aride et en élève singulièrement l'intérêt.

Les anomalies de formation et de développement des os, auxquelles est rattachée l'étude dn rachitisme, les anomalies de nutrition et les phlegmasies du tissu osseux forment le début de l'ouvrage. Nons y relevons un exposé très personnel et très clair des ostéites syphilitiques. L'auteur qui, comme on le sait, a affirmé daus son *Traité de la syphilis* l'origine ancienne de la maladie, étudie les lésions osseuses de la syphilis préhistorique. Il repousse l'adéqnation du rachitisme à la syphilis héréditaire, tells qu'avait voulu l'établir le professeur Parrot. L'étude de l'ostéite lépreuse, de l'ostéite tuberculeuse et de l'ostéite scrofuleuse on fonguense, termine ce chapitre.

L'étnde des *néoplasies du tissu osseux* a fourni à l'auteur une application heureuse ds sa conception si nette et si naturelle des tumeurs.

Comme tons les organes développés aux dépens du mésoderme, l'os ne pent pas être primitivsment le siège de prodnctions épithéliales. Les tumeurs malignes primitives des os sont les tumeurs conjonctives à éléments jeunes, et l'on peut poser en loi ici, comme dans les antres organes, que la récidive et la généralisation sont d'autant moins à craindre que la prodnction néoplasique s'approche davantage de l'état adnlte. Successivement sont passés en revue l'endothéliome, le myxome, le lipome, le lymphome, le chondrome des os, l'ostéome embryonnaire et l'ostéome adulte, le fibrome embryonnaire (sarcome) et le fibrome adulte. Après avoir montré commsnt ces tumeurs ss combinent entre elles, l'auteur consacre une étude très intéressante aux angiomes des os. Tenant compte des recherches récentes sur le developpement dee vaisseaux et sur les tumeurs à myéloplaxes qui montrent le rôle des cellulss vaso-formatrices dans la constitution de ces tumeurs, il lee décrit sous le nom d'*angiomes embryonnaires*, réservant le nom d'*angiomes adultes* anx véritables tumenrs érectiles des os.

Faisant suite à cette description des néoplasiss primitives des os, vient l'étude dee productions secondaires, à savoir l'épithéliome et le myome dont l'antenr a observé un exemple unique.

Les *arthrites* sont divisées en arthrites exsndatives, suppuratives et prolifératives.

Dans le premier groupe sont rangées l'arthrite rhnmatismale (arthrite du rhumatisme articulaire aigu, de la fièvre rhumatismale), l'arthrits impaludique, l'arthrite uratique ou goutteuse, et les arthrites génitales. L'auteur désigne soue cette dernière dénomination les manifestations articulaires de

la blennorrhagie, de la grossesse et de la lactation, qu'il rapproche à cause de l'analogie de leur évolution.

Dans le groupe des arthrites suppuratives prennent place les arthrites infectieuses on par surmenage, les arthrites pyrétiques (scarlatine, variole, fièvre typhoïde, dysentérie, etc.), l'arthrite puerpérale, les arthrites pyémiques et septicémiques, l'arthrite morveuse ou farcineuse, les arthrites suppuratives secondaires ou de voisinage.

Quant aux arthrites prolifératives, elles présentent en première ligne l'arthrite herpétique. Sous cette étiquette commune, l'auteur range les poussées aiguës de rhumatisme chronique, et les diverses variétés d'arthrite déformante (rhumatisme chronique osseux partiel, rhumatisme chronique généralisé progressif ou rhumatisme noueux), conformément à sa conception de la maladie générale qu'il a décrite dans son *Traité de l'herpétisme*. A la suite sont étudiées les arthropathies nerveuses (arthrites névropathiques ou trophiques), les arthrites syphilitique, tuberculeuse, scrofuleuse ou fongueuse.

Les *amyotrophies* dépendent d'une modification du système nerveux, d'un désordre circulatoire ou d'une dyscrasie sanguine : d'où leur division en atrophiee névropathiques, angiopathiques et hémopathiques.

Les premières sont de beaucoup les plus nombreuses et les plus importantes. Dans le chapitre qui leur est consacré se trouvent décrites les altérations musculaires macroscopiques et histologiques qui succèdent aux lésions des cordons nerveux; aux intoxications saturnine on alcoolique (celles-ci, M. Lancereaux l'a montré du moins pour les paralysies alcooliques, provoquent primitivement des névrites); aux lésions des centres nerveux (paralysie infantile, sclérose latérale, tabes, atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne, etc.)

Une division semblable à celle que nous avons indiquée pour les arthrites est adaptée au chapitre des phlegmasies musculaires, et révèle l'unité de composition du livre. Nous passons ainsi en revue successivement les myosites exsudatives (rhumatismale, pyrétique), les myosites suppuratives et les myosites prolifératives.

La paralysie pseudo-hypertrophique, désignée déjà par Duchenne sous le nom de myo-sclérosique, et à laquelle on tend à rattacher aujourd'hui les myopathies primitives héréditaires étudiées récemment depuis les travaux de Leyden, de Erb, de Landouzy et Déjerine, est décrite au point de vue anatomique sous le nom de *myosite scléro-adipeuse*.

Parmi les lésions du système aponévrotique, l'une a plus spécialement attiré l'attention de l'auteur, c'est la *rétraction de l'aponévrose palmaire*.

Les rapports de « la maladie de Dupuytren » avec le rhumatisme chronique sont de notion courante; il est cependant légèrement inexact de faire dépendre la rétraction permanente des doigts du rhumatisme chronique, et il vaut mieux y voir deux manifestations d'une diathèse commune. Très souvent, en effet, on voit la rétraction palmaire coexister avec l'artério-sclérose, les varices, l'emphysème, etc., alors que la détermination articulaire de la maladie est absente.

Le reste du fascicule est consacré aux lésions des nerfs, de la moelle et des ganglions nerveux.

A moins de se borner à une sèche énumération, il est difficile d'analyser la description des altérations des cordons nerveux. Cette partie est à lire en entier; elle porte à chaque pas la trace personnelle du maître dont les recherches ont surtout été vulgarisées en ce qui concerne les névrites alcooliques.

Les *myélites* sont distinguées en parenchymateuses, suppuratives et scléreuses. Suivant que les premières ont pour siège spécial les cellules nerveuses ou les tubes à myéline, elles sont dénommées *ganglionnaires* ou *fasciculaires*. Les myélites ganglionnaires ont pour type des lésions circonscrites comme dans la téphro-myélite antérieure aiguë, ou généralisées comme dans la myélite diffuse aiguë; elles comprennent les altérations anatomiques de la paralysie infantile, de la paralysie spinale de l'adulte, de l'atrophie musculaire progressive (type Aran-Duchenne), de la paralysie labio-glosso-pharyngée, des myélites aiguës diffuses, et de quelques cas de paralysie ascendante aiguë. Les myélites encore discutées de la chorée, du tétanos, des maladies infectieuses et des intoxications rentrent également dans ce cadre.

La division des *myélites fasciculaires* est des plus simple, « car, étant subordonnées à la distribution des tubes nerveux, « elles se propagent suivant la direction des faisceaux mé- « dullaires, et sont, comme ces dernières, les unes *ascen-* « *dantes*, les autres *descendantes*.

La myélite tabétique, celle des cordons de Goll, appartiennent au premier groupe; la sclérose latérale amyotrophique (myélite descendante primitive) et les dégénérescences secondaires des faisceaux pyramidaux (myélites descendantes consécutives) font partie du second.

A propos de l'ataxie et de la syphilis médullaire, l'auteur repousse absolument toute relation de cause à effet entre ces deux affections. La lésion de la syphilis tertiaire est circonscrite dès le début et reste limitée; elle a pour point de départ les gaînes lymphatiques ou les parois vasculaires. La lésion du tabes est parenchymateuse; elle est essentiellement envahissante, puisqu'elle atteint non pas seulement les zones radiculaires postérieures, mais encore le cerveau, les racines nerveuses et sans doute les extrémités des nerfs. Les phénomènes symptomatiques qui expriment ces lésions ne sont pas moins différents que les lésions elles-mêmes; et si, dans quelques cas, l'ataxie et la myélite syphilitique peuvent se simuler, elles ne sont jamais identiques.

Les *myélites suppuratives par propagation* et par *infection* (myélites métastatiques) n'offrent point l'intérêt des autres.

Quant aux *myélites scléreuses*, en plaques, corticales ou centrales, elles forment, avec la myélite scléreuse d'origine artérielle, les myélites syphilitique, tuberculeuse et lépreuse, l'objet du chapitre des myélites prolifératives.

Ce volumineux fascicule est illustré de très nombreux dessins disséminés dans le texte pour en faciliter la lecture. On y retrouve les qualités de netteté et de précision scientifiques qui donnent tant d'autorité aux travaux de M. Lancereaux. A côté de la première partie de l'ouvrage, il va prendre place dans toutes les bibliothèques médicales sérieuses; il constitue un appoint notable à l'œuvre si considérable du savant médecin de la Pitié.

En terminant, faisons une mention spéciale pour la bibliographie très correcte et très étendue adjointe à chaque article du livre. D.

De la coqueluche et de son traitement par la résorcine, par le docteur Moncorvo. — In-8o, Paris, O. Berthier, 1885

M. le docteur Moncorvo, le zélé et laborieux professeur de

clinique des maladies des enfants à Rio-de-Janeiro, après avoir consacré l'an dernier une première brochure très intéressante à l'étude de *la nature de la coqueluche* et de son traitement par la résorcine, a poursuivi courageusement ses recherches dans un second travail où il s'occupe plus exclusivement du traitement de cette affection. Pour M. Moncorvo, la coqueluche, dont la nature a été jusqu'à une époque très rapprochée le sujet des interprétations les plus diverses en ce qui concerne sa genèse, paraît devoir être aujourd'hui rangée dans la classe des maladies parasitaires. Elle serait due à la présence de microbes qui prolifèrent en nombre prodigieux sur la muqueuse de la région sus-glottique du larynx, en infiltrant ses cellules épithéliales qui semblent être le siège préféré de leur prolifération.

La coqueluche ne serait donc point une phlegmasie spéciale de l'arbre bronchique; de plus, à l'encontre de M. Henri Roger, M. Moncorvo affirme et démontre que cette affection n'est en aucune sorte une maladie fébrile, et refuse de l'admettre parmi les pyrexies.

La coqueluche a son siége exclusif, suivant M. Moncorvo, à l'entrée de l'arbre aérien, et sa nature parasitaire, justement admise après les recherches microscopiques, lui semble chaque jour plus nettement éclairée par les succès constants des badigeonnages de l'orifice glottique avec une solution de 1 à 2 % de résorcine chimiquement pure. Pour faciliter l'usage de ce traitement chez des enfants indociles, M. Moncorvo, dans une dernière publication, a conseillé de rendre plus tolérante la muqueuse laryngienne des enfants en badigeonnant leur arrière-gorge avec du chlorhydrate de cocaïne avant de procéder au badigeonnage résorcinique. Ecrites très correctement et en bon français, ces brochures honorent non seulement le corps médical du Brésil, mais aussi la France, dont M. Moncorvo a su si bien emprunter la langue pour livrer à la publicité des études consciencieuses et des plus dignes d'éloges.

Dr Paul Faure (de Commentry).

REVUE DES THÈSES

Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires. — Thèse de doctorat, 1885, par M. le docteur Tuffier, prosecteur à la Faculté de médecine. — Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Rien n'est plus frappant, dans l'histoire des maladies chirurgicales des voies urinaires, que le contraste qui apparaît entre l'évolution essentiellement lente et chronique de certaines lésions d'obstacle (hypertrophie prostatique, rétrécissement de l'urètre) et la brusquerie, la mobilité des accidents (rétention complète, hématurie) qui viennent si souvent en traverser le cours. Il y a là une sorte de paradoxe pathologique dont l'explication serait bien difficile à trouver si on la cherchait ailleurs que dans l'irrigation vasculaire de l'appareil urinaire inférieur et dans les phénomènes congestifs dont il est le siége.

Desault avait bien entrevu l'importance de la congestion dans l'évolution de l'hypertrophie prostatique. M. le professeur Guyon a longuement insisté dans ses leçons cliniques sur les états congestifs des prostatiques et des rétrécis; il a bien mis en lumière les conséquences qui en découlent au point de vue thérapeutique; mais il restait à bien montrer le retentissement des lésions des voies inférieures sur la circulation rénale, à faire la part de ce qui appartient uniquement à la congestion dans la symptomatologie des néoplasmes de la vessie, à analyser le retentissement des flux utérins sur l'appareil vésical chez la femme, à faire, en un mot, l'étude d'ensemble du *rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires*. La thèse de M. Tuffier est venue combler cette lacune.

Un des passages les plus intéressants et vraiment original de cette thèse est celui qui a trait à l'étude des phénomènes de congestion rénale réflexe qui se produisent dans le cours des maladies chirurgicales des voies urinaires.

Le plus souvent, ils reconnaissent pour cause la *distension du réservoir vésical*. Que l'urine vienne à s'accumuler dans la vessie, elle en distend les parois; aussitôt, le filtre rénal se congestionne et cette enractivité de la circulation du rein s'accuse par une sécrétion urinaire exagérée. Ainsi s'explique la polyurie des prostatiques et des *rétentionnistes* en général; en effet, si, par un cathétérisme méthodique, on empêche chez ces malades l'accumulation du liquide dans la vessie, la polyurie cesse aussitôt. Voilà le fait clinique; l'expérimentation peut en fournir une nouvelle preuve.

L'auteur a fait en collaboration avec M. Dastre un certain nombre d'expériences basées sur l'inscription graphique du pouls totalisé du rein. Il ressort clairement de leurs recherches que tous les modes d'excitation de la vessie (électrique, mécanique, etc.) restent sans effet sur la circulation rénale. La *distension* seule de ce réservoir produit aussitôt une augmentation du volume du rein qui s'accuse par une ascension immédiate de la ligne du tracé.

Ces données ne sont pas sans intérêt pratique, et l'on conçoit aisément que si la rétention d'urine et la congestion rénale qu'elle entraîne sont inoffensives quand elles s'exercent sur un rein normal, il en est tout autrement quand elles s'adressent à des reins altérés par une néphrite interstitielle, ce qui est la règle chez les urinaires; la néphrite suppurée peut en être la conséquence.

Dans son ensemble, la thèse de M. Tuffier constitue donc un des chapitres les plus intéressants de la pathologie générale des maladies des voies urinaires. Il est écrit avec une netteté de vue et une clarté d'exposition parfaites.

A. Dutil.

NOTES & INFORMATIONS

Société des amis des sciences. — Nous nous faisons un devoir de reproduire la lettre suivante, que le président de cette Société, M. Pasteur, adresse, comme un appel, à tous ceux qui s'intéressent à la science et aux savants.

Paris, le 25 décembre 1885.

Monsieur,

L'année dernière, la Société de secours des Amis des Sciences, fondée par le baron Thénard, en 1857, et, naguère encore, présidée avec un tel éclat par M. Dumas, organisa un grand bal qui, tous les frais payés, rapporta plus de cinquante mille francs et nous permit d'équilibrer le budget annuel de nos secours.

Nous avions eu, cette année encore, la pensée de renouveler ce bal, dont le lendemain avait valu à tant de familles quelques mois de sécurité. Mais retenus par le scrupule de faire appel, dans un délai trop rapproché, à celles qui avaient accepté le titre de dame

patronnesse et dont l'infatigable charité nous était si bien venue en aide, nous nous sommes résignés à solliciter, par une simple lettre, des adhésions soit au titre de souscripteur perpétuel, soit au titre de donateur, soit au titre de sociétaire à dix francs de souscription annuelle.

M. Dumas ne craignit pas, comme il l'écrivit publiquement, de tendre une main suppliante pour recevoir les offrandes destinées à soulager les familles des savants qui sont morts sans laisser de ressources.

Voulez-vous me permettre, Monsieur, de plaider à mon tour la cause de tous ceux qui, sans la Société de secours des Amis des Sciences, seraient en pleine détresse?

Recevez, Monsieur l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le président de la Société,
L. Pasteur.

La souscription nécessaire pour devenir membre de la Société est de 10 francs.

On peut obtenir le diplôme de souscripteur perpétuel en versant une somme de 200 fr. une fois payée.

La Société reçoit aussi des souscriptions annuelles et des dons plus ou moins importants. Ayant été reconnue d'utilité publique, elle a qualité pour recevoir des legs.

Adresser sa souscription au secrétaire de la Société M. Riche, 34, rue de Seine.

— Projet de loi sur l'exercice de la médecine. — Il y a tout lieu d'espérer que la nouvelle législature mettra enfin à son ordre du jour, dans un avenir pas trop éloigné, le projet de loi sur l'exercice de la médecine, tant de fois présenté et tant de fois ajourné. Repris au commencement de la session par MM. Chevandier, Chavanne, Bourneville, Bizarelli, Devade, Frébault, Bernard Lavergne, Lyonnais, Michau, Richard (Drôme), Vacher, il a été pris en considération à la suite d'un rapport sommaire de M. Chevandier et renvoyé définitivement à l'examen d'une commission nommée par les bureaux, et composée de MM. les docteurs Banneville, Carret, Chevandier, Dellestable, Devade, Frébault, Michou, Rathier, Viger; Cordier, avocat; Simonnet, industriel. Le projet, modifié et remodifié, diffère sensiblement, sur quelques points, du projet primitif de M. Chevandier. Nous attendrons que le Comité consultatif d'hygiène ait fait connaître celui qu'il a été chargé d'élaborer par le ministre du commerce, pour faire un examen comparatif des trois projets en présence : le projet dû à l'initiative parlementaire, celui du Comité d'hygiène, celui qui a été adopté l'an dernier par l'Assemblée générale de l'Association des médecins de France.

— Congrès français de chirurgie. — La deuxième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris cette année du 18 au 24 octobre. La séance d'ouverture aura lieu le lundi 18, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine.

Quatre séances seront consacrées à des questions mises à l'ordre du jour, trois au moins aux questions diverses.

Les conclusions de tout mémoire relatif à ces dernières devront être envoyées au secrétariat général du 1er au 15 juillet, afin d'être publiées avant l'ouverture du Congrès. (art. 3 du réglement).

Le comité permanent a décidé que les mémoires dont les conclusions n'auraient pas été ainsi communiquées ne pourraient être lus qu'après les autres, et si le temps le permet seulement.

Tout mémoire n'ayant pas été lu ne sera pas publié.

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Nature, pathogénie et traitement du tétanos.

2° De la néphrotomie et de la néphrectomie.

3° Des résections orthopédiques.

4° De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles.

Extrait des statuts :

III. Sont membres du Congrès, tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile (1) et paient la cotisation.

VI. La cotisation annuelle des membres est de 20 francs. Elle donne droit au volume des comptes rendus du Congrès.

Une cotisation de trois cente francs donne droit au titre de fondateur. Une cotisation de deux cents francs confère le titre de membre à vie.

L'une et l'autre opèrent le rachat de toute cotisation annuelle.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Isidore Dumas père, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier, décédé en cette ville, à l'âge de soixante-dix-huit ans; — de M. le docteur Mac Carthy, médecin du Collège Irlandais à Paris et de l'hôpital Galignani, décédé ces jours derniers; — de M. le docteur Martin Spillmann, décédé à Nancy, à l'âge de quatre-vingt-six ans. Il était le père de Paul Spillmann, agrégé à la Faculté, et de Eugène Spillmann, médecin principal, décédé l'an dernier à Alger.

***

Conseil général des facultés. — Conformément au décret du 28 décembre 1885, qui institue un Conseil général des Facultés, les professeurs et agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Paris, réunis en assemblée, ont élu, pour une période de trois années, délégués audit Conseil général de l'Académie de Paris, MM. les professeurs Brouardel et Jaccoud.

Dans sa première réunion du mercredi 3 février 1886, le Conseil général, procédant à sa constitution sous la présidence de M. Gréard, recteur de l'Académie de Paris, a choisi pour vice-président M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine, et pour secrétaire, un professeur de la Faculté des sciences, M. Laviese. Il a décidé en outre, après la formation de deux sous-commissions, que des réunions ordinaires auraient lieu le quatrième vendredi de chaque mois.

***

Concours de l'agrégation de chirurgie et d'accouchements. — Ce concours s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 1er mars 1886, à cinq heures du soir, sous la présidence de M. le professeur Richet.

Le nombre des places d'agrégé de chirurgie est de onze, ainsi réparties entre les diverses Facultés: Paris, 3; Bordeaux, 2; Lille, 2; Lyon, 1; Montpellier, 2, et Nancy, 1. Le nombre des places d'accouchements est de trois, ainsi réparties entre les diverses Facultés de médecine: Paris, 1; Montpellier, 1, et Nancy, 1.

Le jury se composera de MM. Richet, président; Lannelongue, Panas, Tarnier et Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine

(1) Prière de s'inscrire avant le 1er mai, si possible, et avant le 15 juillet, au plus tard. Envoyer la cotisation par mandat sur la poste, à M. le Dr S. Pozzi, 10, place Vendôme, Paris.

de Paris; Terrillon, agrégé à ladite Faculté; Alphonse Guérin, membre de l'Académie de médecine; Hergott et Heydenreich, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy, juges titulaires.

Et de MM. Guyon, Le Fort et Pajot, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, et Humbert, agrégé à ladite Faculté, juges suppléants.

Les candidats sont, jusqu'à présent, au nombre de trente-huit. Ce sont :

1° Pour l'agrégation d'accouchements : MM. les docteurs Auvard, Bar, Boissard, Bureau, Maygrier, Olivier et Stapfer, de l'Académie de Paris; Gerbaud et Guinier, de l'Académie de Montpellier; Remy, de l'Académie de Nancy; soit dix candidats;

2° Pour l'agrégation de chirurgie : MM. les docteurs Barette, Bazy, Brun, Castex, Hache, Jalaguier, de Lapersonne. Marchand, Ménard, Michrun, Nélaton, Picqué, Poirrier, Picard, Routier, Schwatz, Tuffier, Verchère et Walther, de l'Académie de Paris; Denucé et Pousson, de l'Académie de Bordeaux; Augagneur, Gangolphe et Truc, de l'Académie de Lyon; Forgue, de l'Académie de Montpellier; Etienne, Levoy et Vautrin, de l'Académie de Nancy; soit vingt-huit candidats.

***

Faculté de médecine de Paris. — Un congé de trois mois, avec traitement, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Budin, agrégé.

M. Charpentier, agrégé, est rappelé à l'exercice pendant trois mois.

—Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 29 mars 1886, à midi et demi, à la Faculté. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à trois heures, à partir du jeudi 18 février, et sera clos le samedi 20 mars à trois heures du soir.

— Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 10 mai 1886, à midi et demi. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à trois heures, à partir du lundi 15 mars 1880 et sera clos le samedi 17 avril à trois heures du soir.

— M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 19 janvier 1877, a légué à la Faculté : 1° une rente de 1,500 francs pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène; 2° une rente de 750 francs pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie.

Les mémoires des candidats devront être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

En 1886, il y aura lieu de décerner le prix annuel de 1,500 francs.

***

— Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 16 mars 1886, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, tous les jours, de une heure à quatre heures. Les exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année.

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

— Le concours Vulfrand-Gerdy pour deux places de stagiaire aux Eaux-Minérales, ouvert par l'Académie de médecine, conformément aux intentions du testateur, s'est terminé vendredi dernier.

Deux candidats se sont présentés; le jury, composé de MM. Jules Lefort, Constantin Paul, Planchon, Bourgoin, Empis et Béclard, n'a cru devoir proclamer qu'une seule nomination : M. Boutarel, attaché à l'hôpital civil de Versailles, a été nommé pour quatre ans stagiaire aux Eaux-Minérales.

***

École de médecine de Rennes. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Rennes, s'ouvrira le jeudi 17 juin 1886 devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, où les candidats devront se faire inscrire au secrétariat un mois au moins avant l'ouverture dudit concours. Seront admis à concourir les docteurs en médecine, les pharmaciens de première classe et les licenciés ès sciences physiques.

***

— Un concours pour une place de chef de clinique ophthalmologique sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 19 avril 1886, à dix heures du matin.

La durée des fonctions est de deux années. Le traitement annuel est de 1,000 fr. Le chef de clinique nommé entrera en fonctions à dater du 1er mai 1886.

Prix. — Le deuxième lundi de janvier 1887, la Société médico-pratique de Paris décernera un prix de 600 fr. à l'auteur du meilleur travail sur un sujet de médecine, chirurgie, ou obstétrique. Pour être admis au concours, les mémoires devront être écrits en français, inédits, accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et une épigraphe reproduite en tête du manuscrit, et adressés *franco* au secrétaire général, docteur Cyr, 21, rue Cambacérès, avant le 1er novembre 1886.

***

Concours universel de l'Enfance. — Le Comité du *Concours universel de l'Enfance*, sur la proposition de ses membres de patronage, ouvre un concours entre tous les médecins français pour la rédaction d'un ouvrage illustré destiné aux femmes de France et portant ce titre : *Le Livre des Mères*.

Le *Livre des Mères* ne devra pas excéder cinquante pages in-8° de texte imprimé. Il devra être rédigé dans un style clair, simple et sera illustré, suivant les indications de l'auteur, de vignettes explicatives.

Le *Livre des Mères* doit être divisé en trois parties.

La première partie, sous une forme anecdotique, narrera les préjugés populaires concernant l'élevage des enfants en bas-âge et les combattra en exposant les préceptes d'hygiène naturels et scientifiques.

Dans la seconde partie, l'auteur exposera le régime à suivre pendant la grossesse; il décrira l'alimentation la plus rationnelle, les soins à donner aux nouveau-nés, puis aux enfants du premier âge, les moyens de les préserver des épidémies infantiles, du muguet, du carreau, des coliques, de la diphtérie, etc., et les soigner, en cas de maladie, avant l'arrivée du médecin. Il indiquera la manière de substituer l'allaitement mixte à l'allaitement maternel lorsque ce dernier est insuffisant; il parlera des soins de propreté personnelle, nécessaires aux petits enfants, tels que bains, rechange de vêtements, promenade, etc.

La troisième partie indiquera scientifiquement l'usage, les qualités requises et le temps d'emploi des objets et des aliments indispensables aux enfants en bas-âge.

Sous aucun prétexte, l'auteur ne recommandera des articles commercialement connus. Il se bornera à exposer dans son travail les qualités qui doivent les recommander aux parents.

Les manuscrits signés d'une devise qui sera reproduite à l'intérieur d'un pli cacheté, contenant le nom et l'adresse de l'auteur, devront être envoyés au bureau du *Concours universel de l'Enfance*, 33, rue de Pontoise, Paris, jusqu'au 30 avril 1886, inclusivement.

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, GEORGES BERRYER, avocat à la Cour d'appel de Paris, et GABRIEL POUCHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un volume grand in-8 de 1,700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue, chez Delahaye et Lecrosnier. — Paris 1886. (*Ouvrage couronné par l'Institut de France.*) — Prix : 27 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÈS DU DIMANCHE 7 AU SAMEDI 13 FÉVRIER 1886

Fiévre typhoïde 10.—Variole 6.— Rougeole 9. — Scarlatine 9. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 40 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipéle 3. — Infections puerpérales 7. — Antres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 45. — Phthisie pulmonaire 198. — Autres tuberculoses 43. —Autres affections générales 62 — Malformation et débilité des âgea extrémes 61. — Bronchite aiguë 41. — Pneumonie 112. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 21. — au sein et mixte 23. — Inconnu 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 104. — de l'appareil circulatoire 83. — de l'appareil respiratoire 132.— de l'appareil digestif 36 — de l'appareil génito-urinaire 27. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 4 — Aprés traumatisme : Fiévres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 21. — Causes non classées 20. — Total de la semaine: 1135 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Obstétrique et gynécologie, recherches cliniques et expérimentales, par le docteur P. Budin, professeur agrégé à la Faculté de médecioe, accoucheur à la Charité, etc. Un vol. grand in-8 de 730 pages, avec 105 figures dans le texte et 13 planches hors texte. — Prix : 15 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Précis de médecine légale, par le docteur Ch. Vibert, expert près le tribunal de la Seine, chef des travaux d'anatomie pathologique au laboratoire de médecine légale de la Faculté de médecine, précédé d'une introduction, par le professeur Brouardel. Un vol. in-18 jésus de 764 pages, avec 70 figures intercalées dans le texte et 3 planches dessinées d'après nature, reproduites en chromotipographie. — Prix, cartonné : 8 fr. — Paris. Librairie J.-C. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Nature et traitement de l'angine de poitrine vraie, par le docteur Henri Hucbard, médecin des hôpitaux de Paris (hôpital Bichat). Broch. in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité d'anatomie pathologique, par E. Lancereau, professeur agrégé, etc. Tome III, 5e partie. Anatomie pathologique spéciale; anatomie pathologique des systèmes : système locomoteur; anatomie pathologique des appareils : appareil de l'inoervation. Un vol. in 8, avec 121 figures intercalées daos le texte. — Prix du tome III complet pour les souscripteurs : 20 fr. — Paris. A. Delahaye et E. Lecrosoier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

UN SERVICE D'ALIÉNÉES A LA SALPÊTRIÈRE ; leçon d'ouverture par M. le docteur A. VOISIN, recueillie par M. ELIE VAUGRENTE, externe des hôpitaux.

Messieurs,

J'ai pensé qu'une première leçon serait utilement consacrée à l'exposé de la physionomie d'un service d'aliénées de la Salpêtrière, de ses rouages administratifs, des divers modes de recrutement des malades, de la manière dont le médecin peut user des moyens de traitement qu'il a à sa disposition. Puis, après vous avoir fait un tableau de l'aliénée dans l'intérieur du service, de son attitude, de son langage, de ses gestes et de ses actes, je vous ferai parcourir ma division.

Le recrutement d'un service d'aliénées de la Salpêtrière se fait de quatre façons différentes.

Le premier mode de placement, dit placement d'office, le plus commun, suppose le passage de la malade par la Préfecture de police et par le Bureau central de répartition. Ce mode nécessite : un certificat sur papier timbré d'un docteur en médecine; un rapport d'un commissaire de police; enfin un certificat d'un des médecins de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police. De la Préfecture, l'aliéné est envoyé au bureau de répartition de Sainte-Anne, puis il est dirigé sur un service de traitement d'aliénés.

Le transport de l'aliéné, de la Préfecture de police à Sainte-Anne, se fait dans des conditions mauvaises. La voiture, en effet, qui sert au transport, est une voiture cellulaire semblable à celles qui servent au transport des prévenus et des condamnés. Aussi, nombre d'aliénés mélancoliques sont-ils frappés de l'idée d'être traités comme des voleurs et des criminels; ils en conservent l'impression pendant longtemps et ils manifestent un désespoir d'autant plus grand que leurs idées tristes se trouvent renforcées par le souvenir d'avoir été traités comme des coupables, et que la punition qu'ils croient avoir subie les convainc de la réalité de leur délire.

J'ai vu des malades qui ont conservé cette idée pendant plus de six mois. Aussi le transport des aliénés de la Préfecture à Sainte-Anne devrait-il s'effectuer dans une voiture n'ayant pas la forme de la voiture cellulaire, dite « Panier à salade ».

De Sainte-Anne à la Salpêtrière, au contraire, les aliénées sont transportées dans une voiture de ville, confortable, n'ayant rien de semblable à une voiture cellulaire. C'est ce mode de transport que je voudrais voir employer pour les conduire de la Préfecture de police au Bureau central de répartition.

Le deuxième mode de placement est volontaire et gratuit. Il nécessite : un certificat de médecin, une demande au préfet de la Seine, et, à l'appui, un certificat d'indigence. Après autorisation du préfet, la malade est amenée directement dans

FEUILLETON

DES ERREURS EN BIOGRAPHIE MÉDICALE A PROPOS DE LA VIE DE GEORGES BAGLIVI (8 septembre 1668 — 17 juin 1707).

Suite. — Voir le numéro 8.

Est-ce à Salerne, à Padoue, à Bologne ou à Naples que Baglivi reçut le bonnet de docteur? C'est là une question difficile à résoudre et que le nouveau biographe, Max Salomon, n'essaye pas même de poser. Il se contente de passer outre A défaut de documents originaux, nous reproduirons tout simplement les paroles des principaux biographes :

Eloy, recopié par Goulin et par Bayle et Thillaye, s'exprime ainsi : « Ce fut à Naples et à Padoue qu'il étudia la médecine; mais ce fut dans la dernière ville qu'il prit le bonnet de docteur. Il sentit dès lors toute l'importance de l'observation et la nécessité dont elle est pour entreprendre heureusement la pratique. C'est pourquoi il voyagea par toute l'Italie. »

Chaussier et Adelon (dans la *Biographie Michaud*) nous disent : « Baglivi reconnut bientôt que les faits dont s'occupe la médecine appartiennent à un autre corps de système que ceux de la chimie, et sentit que, pour éviter de faire à ces faits toute application dogmatique fausse, il fallait commencer par leur scrupuleuse observation. C'est ainsi qu'il ordonna son plan d'étude à l'Université de Naples, puis à celle de Padoue, où il fut reçu docteur; et que, pour le compléter, il voyagea dans toute l'Italie, visitant les hôpitaux et recherchant surtout, parmi les livres offerts à son érudition, ceux qui peignent et décrivent les phénomènes au lieu de les expliquer. »

Castel, dans la *Biographie médicale de Panckoucke* (t I, p.489), prétend que Baglivi « étudia la médecine d'abord à Salerne et à Naples, et ensuite à Bologne, où il reçut le bonnet de docteur. »

Dezeimeris, d'après Mazzuchelli, nous dit : qu'aussitôt après la mort de son protecteur ou de son père adoptif, Baglivi, « abandonné à lui-même, se livra à l'étude avec une nouvelle ardeur et ne tarda pas à prendre le bonnet de docteur en philosophie et en médecine à l'Université de Salerne. Suivant Papadopoli (*Hist. gymn. patav.*, t. II, p. 319) ce fut à Padoue qu'il fut reçu docteur.

un service demandé par la famille ou désigné par l'administration.

Le troisième mode de placement est volontaire et payant. Sauf le certificat d'indigence, les formalités sont les mêmes.

Le quatrième mode de placement se fait directement par le passage de la malade de sections d'infirmes de la Salpêtrière, sur le certificat des médecins de ces sections visé par le commissaire de police du quartier.

Il serait enfin à désirer qu'un cinquième mode de recrutement fût possible au moyen de la consultation externe, que mes collègues et moi nous tenons tous les jours de la semaine à la Salpêtrière. Il nous est amené souvent, en effet, des aliénées dont l'état nécessiterait l'entrée la plus rapide possible dans un service de traitement; mais les règlements s'opposent à cette admission immédiate, malgré le certificat que nous pourrions délivrer et qui serait visé par le commissaire du quartier. Il me semble pourtant qu'il y aurait là un progrès à réaliser. Ne serait-il pas profitable à un aliéné gravement atteint d'entrer de suite dans un service où il serait traité, plutôt que de subir cette série de formalités administratives qui demandent au moins quatre à cinq jours, plutôt que de passer, comme à Paris, par l'enceinte d'une prison? Remarquez, messieurs, que pendant cinq jours consécutifs le malade ne subit aucun traitement, ou au moins aucun traitement rationnel et suivi.

Un mot encore sur le placement des aliénés. N'oubliez jamais, messieurs, afin que le commissaire de police approuve la mesure d'internement, de terminer vos certificats par la mention : que l'aliéné est un danger pour ses semblables et pour lui-même.

Une foie entrée dans mon service, connu sous le nom de section Rambuteau, la malade est placée dans une des six catégories suivantes :

1° Catégorie des malades en observation dans une salle de 6 lits;

2° Catégorie des malades tranquilles travaillant dans une salle de travail;

3° Catégorie des malades qui ont été agitées et dangerenses et dont l'état est assez sensiblement amélioré pour ne plus être maintenues parmi les agitées, mais ne l'est pas assez pour demeurer avec les tranquilles;

4° Catégorie des agitées et des dangereuses;

5° Catégorie des infirmes, des paralysées et des gâteuses;

6° Catégorie des malades de l'infirmerie ayant des affections intercurrentes et aiguës.

Une surveillante, 4 sous-surveillantes et 21 filles de service sont attachées à la section Rambuteau.

Ces dames donnent les soins les plus minutieux à mes pauvres malades. Deux petites salles sont affectées à l'usage de lavabos.

Vous pourrez juger tout à l'heure de la propreté des lits des gâteuses et de l'absence d'odeur dans les salles occupées la nuit par 26 de ces infirmes.

Je maintiens dans mon service l'usage de la camisole de force pour certains cas déterminés. Ainsi :

1° Lorsque la malade est d'une agitation extrême et lorsqu'elle est atteinte d'impulsion au suicide ou à l'homicide.

Notez, messieurs, qu'il vaut mieux laisser une agitée s'ébattre au grand air avec une camisole plutôt que de la tenir renfermée dans une cellule où elle perd l'appétit et finit par s'anémier. De plus, il est vraiment impossible dans un asile public d'avoir un ou deux gardiens spécialement attachés à la personne d'un aliéné; enfin le fait même de porter la main sur un aliéné pour le contenir l'exaspère le plus souvent, et, même en ville, il est des malades que l'on ne peut empêcher de se livrer à des actes dangereux qu'en employant la camisole.

2° L'alimentation forcée nécessite souvent l'emploi de la camisole. Il est en effet des malades que 5 ou 6 infirmières seraient incapables de maintenir pendant l'introduction de la sonde œsophagienne.

3° La camisole est encore nécessaire chez certains aliénés à qui il faut maintenir des pièces de pansement (syphilides, ulcères du cou), des vésicatoires, des cautères, le bonnet d'irrigation sur la tête pendant des heures entières.

Laissez-moi, messieurs, ouvrir ici une parenthèse et vous signaler les bons résultats que j'obtiens de l'emploi du bonnet d'irrigation. Formé d'un tube de caoutchouc ou d'étain enroulé en spire un certain nombre de fois, de façon à mouler exactement la tête de la malade, ce bonnet, appliqué pendant des heures entières, nous permet d'abaisser progressivement la température de la tête, presque toujours très élevée chez nos malades, au moyen d'un écoulement égal et continu d'eau fraîche. C'est un moyen précieux que je vous recommande pour

---

Quoi qu'il en soit, il visita ensuite l'Université de Naples, celle de Bologne, où il suivit les leçons de l'illustre Malpighi, et ses travaux lui acquirent de bonne heure une grande renommée. »

Ferdinand Hœfer élude la question en ces termes : « Devant suivre la carrière de son bienfaiteur, Baglivi fréqueota successivement les universités de Salerne, de Padoue et de Bologne. »

Chereau (dans le Dictionnaire de Dechambre) est très affirmatif. Il nous présente Baglivi comme docteur de l'Université de Padoue. Mais Chereau a tellement l'habitude des affirmations faites à la légère qu'on ne peut lui garder rancune de ne pas nous donner des preuves de son affirmation.

Mais voici son nouveau biographe qui viendrait apporter une quatrième solution au problème. Car, s'il ne le dit pas expressément, il semble formellement croire que c'est à Naples que Baglivi a pris le bonnet doctoral. « Les qualités extraordinaires de son esprit lui permirent, à quinze ans, de passer aux études de la médecine qu'il commença et termina à Naples. » (1)

Qui croire? Je ne sais. Mais il m'a semblé utile d'indiquer le problème, ne pouvant l'élucider, plutôt que de le supprimer, en nommant une de ces universités au hasard, comme tous les biographes que nous venons de citer. Seul, Dezeimeris (1) a eu le consciencieux mérite de poser un point d'interrogation entre Salerne et Padoue. Cependant, il n'aurait pas dû ignorer que Bologne avait été aussi mise sur les rangs, ou, ne l'ignorant pas, il aurait dû réfuter cette assertion.

Au milieu de toutes ces contradictions, une chose reste acquise, c'est que Baglivi entreprit (est-ce avant, est-ce après avoir acquis son bonnet de docteur, *chi lo sa*, mais qu'importe?) un voyage d'éducation, d'instruction et de perfectionnement. D'après M. Max Salomon, en quittant Naples, il alla d'abord faire un court séjour à Lecce, près de ses parents.

(1) « Le sue straordinarie doti di mente gli permisero a 15 anni di passare agli studi medici, che comincio e finì in Napoli, avendo espletati quelli d'istruzione scientifica generale. »

(1) Je me trompe, Dezeimeris n'est pas resté seul; il a eu un imitateur. P.V. Renouard, dans son *Histoire de la médecine* (Paris, 1846, t. II, p. 400), s'exprime ainsi à propos de Baglivi : « Il reçut le bonnet de docteur à l'Université de Salerne ou de Padoue. »

apaiser les souffrances souvent atroces des aliénés, et par suite pour rendre à leur moral un peu de calme et d'apaisement;

4° L'onanisme, la nymphomanie, sont des indications formelles de l'emploi de la camisole de force.

Le restraint est encore nécessaire lorsque des aliénés ne veulent pas rester dans le bain. Il faut alors appliquer sur la baignoire un convercle métallique (de préférence en cuivre) ne présentant qu'une ouverture circulaire pour le cou.

Les aliénés se refusent quelquefois à manger. N'hésitez pas, après peu de jours d'essais infructueux de vaincre leur résistance, à employer la sonde œsophagienne. Vous éviterez ainsi des accidents graves et mortels d'inanition, tels que: la cachexie anémique grave, un état scorbutique, des hémorrhagies et des eschares humides. Je me sers avec avantage du spéculum larygien Labordette pour introduire directement la sonde de la bouche dans l'œsophage. Ce procédé est bien autrement rapide que celui qui consiste à l'introduire par le nez.

Le traitement thérapeutique des aliénées ne peut être comparé au traitement d'autres malades. Il est nécessaire, en effet, de compter avec leur résistance à être soignées, leur méfiance, leurs craintes d'empoisonnement, leur refus de boire et enfin avec leur astuce. C'est pourquoi, messieurs, je ne saurais trop insister sur l'emploi de la méthode des injections sous-cutanées et sur la recherche de tous les médicaments que l'on peut employer par cette voie. C'est seulement ainsi que l'on est sûr de traiter les aliénées et de les traiter rationnellement.

La morphine, l'atropine, l'ergotine, la cocaïne, etc., etc, sont employés ici couramment sans erreur ni mécompte. Les injections sont faites le matin et le soir par un externe du service.

Les nerveuses et les aliénées faisant un séjour quelquefois prolongé dans le service, il a fallu leur créer des occupations, du travail et des distractions.

Les unes, les moins intelligentes, sont employées à des travaux de ménage et à faire de la charpie. Beaucoup travaillent à la couture. Un marché passé par l'Administration de l'Assistance publique avec une maison de lingerie permet de donner à coudre à mes malades des chemises, des tabliers, des draps, moyennant un prix convenu. Ce travail est payé directement chaque semaine.

Chaque semaine, deux fois, un professeur vient faire chanter mes malades. Un certain nombre vont suivre les leçons de gymnastique et l'école des enfants.

De temps en temps des concerts, des diners, des bals leur sont donnés, et c'est un véritable plaisir pour elles de préparer leurs costumes pour les soirées dansantes.

Enfin, messieurs, de mon initiative, et grâce à la bienveillance de M. le directeur de la Salpêtrière, je suis autorisé à accorder à mes malades, lorsqu'elles sont tranquilles ou convalescentes, des congés de un jour à huit jours qu'elles vont passer dans leurs familles. Ces permissions de sortie me servent de pierre de touche de l'état mental de la malade, et il ne m'arrive guère aujourd'hui de signer la sortie définitive avant d'avoir essayé des sorties provisoires.

Lorsque les malades sont guéries, ou bien je les rends à leur famille, ou bien je les envoie passer le temps de leur convalescence dans l'asile de patronage des aliénées sorties guéries de la Salpêtrière. Cet asile, situé à Grenelle, a été fondé par nos maîtres Baillarger et Falret père.

L'aspect et la physionomie des malades d'un service d'aliénés présentent un caractère saisissant qui tient à ce que les sentiments et les passions les plus divers sont exprimés par eux. Ils manifestent le chagrin, la douleur, le désespoir, la crainte, le bonheur, la joie, l'injure, la menace; et ces manifestations se font ouvertement, bruyamment, sans aucune retenue, sans aucun frein.

Ou bien leur activité est incessante, l'ambulation chez eux est constante. On en voit suivre toujours la même trace et faire des manéges comparables à des chevreuils autour des arbres; ou bien ils sont immobiles, en extase et en stupeur.

Leur langage est tantôt désordonné, éhonté, ordurier, provoquant, haineux, menaçant ou gai et lascif; tantôt il inspire la pitié. Ils veulent être jugés, torturés, brûlés pour les crimes dont ils se croient coupables et se traînent à vos genoux; ils demandent pardon, grâce, justice; ils réclament leur liberté. Tantôt le rire, tantôt les pleurs. Les uns parlent de leurs richesses, de leurs honneurs; les autres de leurs pertes d'argent et de leur ruine. Ils causent seuls pendant des heures entières, ou bien ils répondent à des voix, ou bien encore ils interpellent des individus qu'ils croient avoir en face d'eux.

N'oublions pas que, d'après quelques-uns de ses biographes, ses vrais parents étaient restés à Raguse et que, d'après Dezeimeris, son père adoptif était mort avant qu'il allât dans les universités, tandis que M. Max Salomon nous montre le père de Baglivi, médecin célèbre, ami intime du pape Innocent XII (1691-1700), vivant encore en 1702. Ici encore où serai la vérité? Voilà ce que se demandera tout lecteur tant soit peu perspicace. Voilà ce que nous nous demandions lorsque le hasard est venu nous tirer d'embarras. C'est M. Salomon qui a raison. Mais il faut bien reconnaître qu'il a grand tort de ne donner aucun appui à ses assertions: ni documents, ni preuves, ni assignation de témoins, ni indication de sources. En agissant ainsi, un biographe semble par trop étaler des prétentions à l'infaillibilité; et le commerce des érudits ordinaires, ainsi qu'en témoigne la biographie même de Baglivi, ne justifie guère de pareilles visées. Nous voulons bien vous croire, mais montrez-nous que nous devons vous croire. Eh bien, je viens apporter, moi dont ce ne devrait pas être le rôle, une preuve au dire de M. Salomon. En fouillant les œuvres de Baglivi, dans l'édition de Pinel, j'ai trouvé, parmi les lettres qui forment l'appendice du second volume, deux lettres écrites en italien d'un médecin de Lecce (*in Salentinis Apuliæ*) Tomaso Quarta. La première, datée du 20 février 1697, est une lettre de félicitations enthousiastes adressée à Baglivi pour son traité de *Praxi Medica* et que Tomaso Quarta termine en se recommandant de l'amitié de Jacques, le frère unique et plus jeune de Georges (1). Dans la seconde lettre, datée du 9 novembre 1702, Tomaso Quarta manifeste à Baglivi une grande joie d'avoir, depuis deux jours, reçu, par l'entremise de son père (po mano del Signore Padre di V. S.) le traité *immortel* de la *Fibre Motrice* (2).

Mais poursuivons: M. Max Salomon nous montre Baglivi quit-

(1) Amicissimo mio signore de Giacomo Baglivi suo unico fratello, e degno sacerdote.

(2) Il existe en outre dans ce recueil de lettres: 1° une lettre (Epistola IX) écrite en latin, datée du mois d'avril 1700, et adressée à Baglivi, rénovateur de la médecine (*Medicinæ restitutor*) par un autre médecin du pays des Salentins, qui signe Nicolas Angelino ou Angelini (Nicolaum Angelinum); ce médecin, qui se dit un vieillard, après force compliments à Baglivi, lui rappelle que, quoique nés tous les deux à Raguse, son frère Jacques, prêtre savant

La conversation de quelques malades les uns avec les autres présente parfois beaucoup de singularités. Enfin, il est quelquefois possible d'obtenir des réponses raisonnables et appropriées d'un aliéné en état de manie ; mais, la réponse faite, le délire reprend.

Un certain nombre d'aliénés écrivent beaucoup, et c'est quelquefois par leurs lettres que l'on arrive à les mieux connaître. L'étude de leurs lettres permet quelquefois de distinguer la nature de leur forme de maladie ; l'oubli de lettres alphabétiques ou de mots a souvent une grande importance. Certains malades se manifestent également dans des dessins ou dans des peintures, par des fautes graves en désaccord absolu avec leurs habitudes.

Les actes des aliénés présentent une variété infinie de formes dont il est le plus ordinairement très difficile de saisir et de comprendre la signification et la raison d'être.

Des malades ramassent tout ce qu'elles trouvent, en remplissent leurs poches, se confectionnent des sacs où elles entassent tous ces riens, et s'attachent ces sacs sous leurs jupes. Ce chiffonnage est des plus fréquents.

Les troubles des sens accompagnent souvent le délire chez les aliénées. On en voit se mouiller à plaisir, s'étendre à plat ventre dans les flaques d'eau, se mettre toutes nues, se oindre de corps gras, manger des ordures, des cataplasmes mème couverts de pus, du verre, des épingles, des aiguilles, des oiseaux, des souris, des rats crus; etc., etc., boire de l'urine, manger leurs fèces, etc., etc. On en voit jeter de l'eau sur leur lit en plein hiver, se couvrir en été comme s'il faisait froid.

On en voit passer des heures entières à imiter le scieur de bois, le cri du corbeau, etc., etc.

Les aliénées se livrent quelquefois à des actes de violence des plus dangereux sous l'influence d'hallucinations et d'impulsions, ou bien ce sont des tentatives de suicide, ou bien des tentatives d'homicide contre les médecins et les gardiens.

Je possède, pour ce qui concerne ma division, un registre spécial que je vais faire passer sous vos yeux, où sont consignées, par ordre de date, à mesure qu'elles se produisent, les tentatives d'homicide dirigées contre le personnel. Vous y trouverez le jour, la date, les circonstances qui ont accompagné la tentative ainsi que le nom de la surveillante ou de la fille qui en a été la victime. Vous verrez, messieurs, que la liste en est déjà longue ; j'ai donné à ce registre le nom de « Martyrologue. »

Ces malades cherchent quelquefois à s'échapper ; ces tentatives sont même fréquentes. Ils parviennent quelquefois à réussir, soit seuls, soit en se faisant aider dans l'escapade par un autre aliéné. J'en ai vu qui avaient caché, dans le dessein de s'enfuir, des bouts de corde dans des troncs d'arbres.

Messieurs, permettez-moi, en terminant cette première leçon, de vous donner quelques conseils sur le langage que vous devez tenir aux aliénées, sur l'attitude que vous devez avoir vis-à-vis d'eux.

Que vos paroles soient toujours empreintes de bonté, d'esprit de compassion et de charité! Les aliénés se souviennent de tout, ne l'oubliez pas! Gardez-vous donc bien de la moindre allusion à l'incurabilité de leur mal, de paroles de désespoir, de moqueries et de plaisanteries! Affirmez-leur, au contraire, la guérison et la cessation de leurs craintes et de leurs tourments ; c'est un germe qui portera toujours des fruits. Et, lorsque la guérison sera venue, ils vous diront le bien que ces paroles d'encouragement ont fait à leur pauvre esprit troublé.

CHIRURGIE PRATIQUE

Contribution à la chirurgie conservatrice.

Du raccourcissement méthodique des os des membres dans le traitement des lésions avec destruction étendue des parties molles (1), par le docteur Martel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo.

Une des indications de l'amputation des membres se tire de la destruction étendue des parties molles, ne permettant pas une réparation cicatricielle satisfaisante, en dehors de toute autre complication.

Enoncée plus ou moins explicitement par les auteurs classiques, cette indication n'est posée nulle part avec plus de

(1) Travail présenté à l'Académie de médecine (séance du 17 novembre 1885). — Rapport de M. Polaillon, séance du 9 février 1886.

tant Lecce pour aller en Dalmatie, puis à Venise (1690), ensuite à Florence, à Pavie, à Padoue (1691), à Bologne, où il resta quelque temps, ayant été en janvier 1692 atteint d'une fièvre violente. Enfin, au printemps de cette même année, Baglivi se rend à Rome. Dans ces diverses stations, son esprit curieux cherchait à se satisfaire. Il suivait assidument les cours, mais pour lui la théorie médicale était presque non avenue qui n'avait pas son point de départ, ses assises au lit du malade. Aux yeux de Baglivi, l'observation consciencieuse des faits morbides, en même temps que l'étude des grands ancêtres de la médecine, tels qu'Hippocrate et Galien, suivant lui trop dédaignés, étaient bien plus importantes pour la connaissance de l'art de guérir que les spéculations *a priori*. En arrivant à Rome, Baglivi trouvait les anatomistes Lancisi et Pacchioni, le botaniste Jean-Baptiste Trionfetti, qui lui accordèrent leur amitié. Mais aussi il retrouvait Malpighi, dont il avait écouté les leçons à Bologne. Malpighi avait abandonné ses fructueuses recherches d'anatomie pour se livrer à la pratique de la médecine depuis qu'il avait répondu à l'appel d'Innocent XII, qui l'avait nommé son médecin traitant. C'est à Bologne où, avant d'être pape, Innocent XII était cardinal légal, qu'il avait appris à estimer Malpighi à sa juste valeur. Les rapports de Baglivi avec Malpighi maladif et bien plus vieux (il avait quarante ans de plus que lui), furent moins intimes et moins cordiaux qu'avec Pacchioni qui était sur quelques points l'adversaire de Malpighi. Il n'avait d'ailleurs pas gagné en considération à quitter son microscope et ses dissections, ce Malpighi dont les cures, au jugement de M. Salomon, n'étaient pas heureuses. Baglivi fut bientôt appelé à donner ses

et de honnes mœurs, et lui Georges, ils ont été élevés dès leur plus jeune âge chez les Salentins (Et ambo licet ortum debeatis Ragusis illustri apud Dalmatas Urbi, ab ineunte tamen ætate apud nos in Salentinis estis educati).

Aussi Nicolas Angelini n'hésite-t-il pas à dire à Georges Baglivi qu'il est la gloire des Salentins ; 2° une autre lettre également en latin, datée de Lœcce : (Aletii salentinorum in apulia) aux kalendes de mai 1697. Cette lettre de haute congratulation est écrite par Jean-Dominique Putignanus à Baglivi, à qui il souhaite de longs jours dans l'intérêt non seulement de Rome, mais de l'univers entier et aussi dans l'intérêt de son excellent père, dont la vigueur et la vertu sont remarquables (*Vive diù optimo sanè parenti tur quiem ego ob singularem ejus virtutem observo*).

netteté que dans ce passage de la clinique du professeur Gosseliu, tome I, p. 646, 3e édition :

« L'ampntatiou est indiquée parce que le blessé, étaut coudamné à perdre une partie de la pean de la jambe, la réparatiou des téguments, à supposer que la mort ne fût pas ameuée par d'autres causes, serait très lente, et d'autaut plus difficile que les os eux-mêmes, envahis par l'ostéite condensante, seraieut arrivés à un volnme plns considérable. Ensuite, à supposer que la cicatrice parvînt à se faire, cette cicatrice, mince et probablement adhérente au squelette, se déchirerait à tout moment et se couvrirait d'ulcères récidivants et rebelles qui constitueraient une déplorable infirmité. »

D'après l'éminent professeur, il n'y a donc pas d'autre ressource que l'amputation contre les dangers provenant de l'étendue de la plaie et les fâcheuses conséquences d'une cicatrice fatalement vicieuse.

Observation I. — Au printemps de l'année 1882, je reçus dans mon service un jeune homme qui, étant en état d'ivresse, avait été mordu par un cheval. La pression prolongée de la mâchoire avait produit une vaste plaie coutuse au niveau et au-dessous de l'articulation du genou droit. L'accident datait de huit jours, et les escarres, en voie d'élimination, laissaient à découvert le tibia, en avant et en dehors, sur une longueur de 12 centimètres. La peau était intacte seulement à la partie interne, où elle formait un pont de 6 centimètres environ de largeur. L'os dénudé était voué à une mortification partielle, et la cicatrisation régulière était manifestement impossible. Si je ne proposai pas l'amputation immédiate, ce fut uniquement parce que la réaction inflammatoire, sans menacer actuellement la vie, me paraissait à une période dangereuse pour l'opération, et je crus devoir attendre l'établissement de la suppuration franche, tout en obtenant, par une désinfection minutieuse de la plaie, la chute de la fièvre.

Il fallait amputer au-dessus du genou, car il ne restait pas de tissus sains pour fournir des lambeaux à la désarticulation. La gravité de la mutilation nécessaire, en présence de l'état d'intégrité de la plus grande partie de la jambe, me suggéra l'idée d'une opération conservatrice constituée par la suppression des os de la jambe sur une longueur suffisante — 10 centimètres au moins — pour permettre le tassement des parties molles et le rapprochement des bords supérieur et inférieur de la plaie, de manière à recouvrir à peu près complètement les os dénudés, ce qui fournirait les éléments d'une cicatrisation régulière. J'hésitai, car cette pratique me laissait bien des incertitudes sur ses conséquences prochaines et tardives. Un savant confrère, chirurgien des hôpitaux de Paris et membre de cette Académie, consulté par correspondance, ne m'encouragea pas et me conseilla la temporisation; mais bientôt des accidents formidables, phlegmon diffus profond de la jambe, me forcèrent la main et, d'urgence, je pratiquai l'amputation sus-condylienne, par le procédé de Carden. Par le fait de l'extension de l'inflammation, et malgré tous mes soins, le périoste se décolla au-dessus de la section osseuse, ce qui entraîna une nécrose superficielle. De plus, il y eut un peu de sphacèle sur le bord antéro-inférieur du large lambeau. Malgré la suppuration assez longue, j'obtins un excellent moignon. Assez longtemps après l'opération, j'ai eu l'occasion de constater son bon résultat.

Les circonstances m'avaient donc empêché de mettre mon idée en pratique ; mais elle était resté fixée dans mou esprit, et me revint de suite dans un cas qui présentait de grandes différences et quelques analogies avec le précédent.

Obs. II. — B..., âgé de 32 ans, charretier, le 2 janvier 1885, étant en état d'ivresse, est renversé par le tombereau qu'il conduit et une roue lui écrase la partie inférieure de la jambe droite. Je le vois à l'Hôtel-Dieu, à 10 heures du soir. L'ivresse n'est pas dissipée, bien que l'accident date de plusieurs heures. Il y a là, à la fois, dépression des forces et excitation.

Sauf une étendue plus grande des lésions, l'état du membre reproduit presque identiquement celui du blessé au sujet duquel le professeur Gosselin s'est livré aux considérations que je rappelais en commençant. Une vaste plaie occupe la région antérieure de la jambe droite, sur plus de la moitié de sa longueur, et s'arrête à une faible distance de l'articulation tibio-tarsienne. Elle a une forme ovalaire, largement béante, non pas par l'écartement des bords et le tassement dû au raccourcissement du membre fracturé, mais par le fait de la destruction des téguments, qui n'ont pas été seulement coupés sur la crête tibiale, mais largement broyés par le corps vulnérant. Au fond de cette plaie, le tibia, fracturé un peu obliquement, mais presque sans esquilles, est à nu ; les fragments chevauchent, le supérieur en dehors. La dénudation, plus étendue sur celui-ci, mesure en tout près de 8 centimètres en avant, un peu moins en arrière.

Le péroné est fracturé au même niveau, mais non découvert.

Le pied est froid. La sang ne coule plus ; mais l'hémorrhagie paraît avoir été assez abondante.

Il n'y a pas à songer à réduire et à maintenir la fracture. Classiquement, l'amputation est bien indiquée, mais ne peut être pra-

---

soins à son maître qui, le 25 juillet 1694, était frappé d'une première attaque d'apoplexie. Le 29 novembre suivant, Malpighi succomba à une seconde attaque.

Baglivi fit son autopsie le 1er décembre et l'on remarqua, affirme M. Salomon, que son rapport sur la maladie et sur les lésions trouvées à l'ouverture du corps, était rédigé d'une manière étonnamment froide et indifférente; ce qui permet d'admettre qu'il existait un profond antagonisme entre ces deux hommes de science. Or, cette relation de Baglivi sur la maladie et l'autopsie de Marcel Malpighi se trouve imprimée (*Œuvres de Baglivi*, t. II, édition de Pinel, p 386), et je ne trouve nullement justifiée l'allégation de froideur et d'indifférence dont M. Salomon la gratifie Sans doute, dans une relation sobre de détails, faite à un point de vue scientifique, Baglivi était trop homme de tact pour y mêler les épanchements et les doléances d'une douleur inconsolable; mais on y trouve très dignement exprimés les regrets qu'il a ressentis par la mort d'un anatomiste si sagace, enlevé très malheureusement (*miserrimè lacessitus*) le 29 novembre, jour où, quatre heures après une nouvelle et plus violente attaque d'apoplexie, il s'envola vers l'Empyrée (*migravit ad Superos*). La relation de l'autopsie est forcément encore plus sobre de phraséologie; c'est, en somme, un procès-verbal très net des lésions observées (hypertrophie du cœur, petit calcul dans la vessie, épanchement d'environ deux livres de sang dans la cavité du ventricule droit du cerveau; toute la dure-mère était excessivement (*prœternaturaliter*) adhérente au crâne). On y lit cependant une phrase qu'on ne saurait appeler indifférente. Baglivi cite un témoignage que Malpighi lui-même lui avait donné plusieurs fois, pendant que cet homme excellent était au nombre des vivants (*ut pluries mihi testatus est, dum esset in vivis, vir optimus*).

A cette époque, Baglivi était décidé à revenir dans son pays, à Lœcce, mais cette résolution déplut à Innocent XII, qui estimait beaucoup le jeune médecin, et qui insista pour le garder à Rome, lui faisant entrevoir l'espérance de posséder la chaire d'anatomie qu'occupait alors Lancisi. En effet, en 1696, le pape nomma Lancisi premier professeur de clinique médicale, et un concours public fut ouvert pour obtenir la chaire d'anatomie. Baglivi resta, de haute lutte et très brillamment, le vainqueur. Le voilà, à vingt-huit ans, dans une des plus belles situations scientifiques, dans l'*archilycée* de la sapience. Il en était digne, car c'est cette même année qu'il

tiquée immédiatement, par le fait des conditions matérielles. Je serais aussi arrêté par l'état de shock — rendant également dangereux l'emploi du chloroforme et l'épuisement douloureux d'une opération sans anesthésie.

Encouragé par les instances de l'entourage, je surseois à l'opération, sans m'engager à rien au sujet de la conservation du membre, mais avec l'arrière-pensée de la tenter, si les circonstances me le permettent, par le raccourcissement méthodique des os. Je ne pouvais me dissimuler le peu de chances heureuses que me laissaient l'étendue et l'intensité du traumatisme.

Je lavai donc avec une solution phéniquée forte les anfractuosités de la plaie; j'en imprégnai les tissus broyés et décollés qui constituaient le fond et les bords de l'immense perte de substance, que je regrette de n'avoir pas mesurée exactement tout d'abord. Elle avait certainement plus de 20 centimètres de longueur, malgré le raccourcissement, et 12 environ de largeur.

J'enveloppai ensuite le membre dans un appareil ouaté, épais et serré, laissant à découvert le bout du pied qui pouvait être surveillé, et m'avertir si le sphacèle en masse se produisait, accident à redouter à cause du refroidissement des parties situées au-dessous de la plaie, et de l'incertitude où je restais sur l'état des vaisseaux.

L'immobilisation des fragments supprime toute douleur, et le blessé, dont l'ivresse n'a pas disparu, agite sa jambe et n'a plus conscience de la gravité de l'accident.

Les jours suivants, le pied se réchauffe ; la réaction est modérée (le troisième jour, au soir seulement, 39°,8). La fièvre est combattue par la quinine; la douleur et l'insomnie, par la morphine et le chloral.

5 janvier. — B... demande à manger.

7 janvier. — Je lève l'appareil. Il n'y a pas de sphacèle en masse, mais une mortification superficielle des muscles, surtout en dehors du tibia, avec des clapiers vastes et profonds; suppuration de bonne nature.

Lavage minutieux, drainage, pansement phéniqué et ouaté.

9 janvier. — B... réclame de la nourriture solide et souffre peu.

A partir de ce moment, la température axillaire oscille entre 37°,4 le matin, et à peine 38° le soir.

Le pansement est changé tous les huit jours environ, quand la suppuration le traverse.

Les bords de la plaie sont largement échancrés par l'élimination des escarres; la base des fragments osseux se recouvre de bourgeons charnus, dont les bords, irrégulièrement festonnés, laissent à nu des séquestres de 25 à 30 millimètres de longueur chacun.

Bientôt le travail de cicatrisation envahit les bords de la plaie, mais il est évident que la réparation complète est impossible, même après élimination ou résection des séquestres. Après un retard dû à des circonstances extra scientifiques, au lieu de l'amputation classique, je pratiquai l'opération suivante :

25 février. — Spray phéniqué ; chloroforme.

Je dégarnis le fragment supérieur ; sur la sonde de Blandin, j'en retranche, avec une scie à dos mobile, une longueur de 25 millimètres environ, c'est-à-dire toute la portion visiblement nécrosée, et je tombe sur un séquestre invaginé, revêtu par une lame continue de tissu osseux vivant, et une couche épaisse d'ostéophytes. Ce séquestre comprend la presque totalité de l'épaisseur du tibia, et rien n'indique sa limite supérieure.

Je dégage assez péniblement l'os des parties molles, et j'en enlève de la même façon une longueur égale à la première, ce qui donne le raccourcissement nécessaire, comme la suite l'a montré. Il ne reste plus au-dessus du trait de scie qu'un petit fragment lamellaire du séquestre central qui est facilement détaché de la parni du canal médullaire.

Le fragment inférieur est traité de la même façon ; mais, toutefois, il n'y a pas de nécrose centrale, ce qui eût été fâcheux, à cause du voisinage de la jointure, mais était aussi moins à craindre par le fait de la vascularisation plus grande au voisinage de l'épiphyse.

J'ai eu soin de donner à cette double section osseuse une direction oblique en bas et en dedans.

La longueur totale des fragments réséqués est de 75 millimètres.

Le rapprochement des surfaces osseuses est empêché par le péroné. Celui-ci est mis à découvert par l'agrandissement d'une ouverture longitudinale qui s'est faite spontanément en dehors de la jambe et qui communique avec le foyer tibial. Au moyen d'une forte pince coupante, je retranche en plusieurs fois une longueur du péroné égale à celle que j'ai retranchée du tibia, et portant surtout sur le fragment supérieur, de sorte que les os sectionnés s'affrontent facilement. La section avec la pince a été assez nette pour que je n'aie pas à m'en occcuper pendant le travail de cicatrisation.

Les fragments du tibia ayant été mis en contact par le tassement des parties molles, je les traverse au moyen d'un perforateur et je passe un gros fil d'argent qui, grâce à l'obliquité de la section, se trouve à peu près transversal. Je le fixe des deux bouts avec un bouton de chemise et des tubes de Galli ; pour plus de sûreté, je ramène les chefs en avant et les tords solidement. La suture maintient bien les fragments en contact, mais leur laisse une grande mobilité angulaire.

Lavée minutieusement pendant et après l'opération avec la solution phéniquée forte, drainée au moyen d'un gros tube, passé

---

publia son premier ouvrage de médecine : *De Praxi medicâ libri duo*.

(A suivre.) Dr ALBERTUS.

ERRATUM. — Il s'est glissé une erreur dans notre dernier feuilleton; nous prions nos lecteurs de la corriger. A la page 87, 2e colonne, 2e ligne de la note, on doit lire : *« au Bacon de la médecine »*; etc.

Par arrêté ministériel, en date du 22 février 1886, la chaire de médecine opératoire de la Faculé mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

***

La proposition suivante a été déposée sur le bureau du Conseil municipal de Paris dans la dernière séance :

« En attendant qu'un service pharmaceutique municipal puisse être institué, un service pharmaceutique gratuit sera organisé à bref délai. Le médecin requis pour une visite de nuit réglera son ordonnance sur une feuille qui lui sera fournie par la préfecture de police, et les médicaments prescrits seront délivrés gratuitement par les maisons de secours du bureau de bienfaisance ou par les pharmaciens de la ville, au tarif du bureau, dans le cas où ces médicaments ne feraient point partie du *Formulaire* de l'Assistance publique. »

***

De nouveaux cas de choléra se sont déclarés à Venise en assez grand nombre ces jours derniers, pour qu'une quarantaine de cinq jours soit dès maintenant imposée aux provenances de l'Adriatique.

***

Le gouvernement belge vient de désigner officiellement MM. les docteurs do Broyn et Peeters pour suivre les expériences de M. Pasteur, sur les inoculations antirabiques.

en arrière des fragments, et qui déborde largement le pansement, la vaste plaie est recouverte de charpie phéniquée, maintenue par des attelles de gutta-percha ramollie et une bande roulée. Le membre est fixé dans une gouttière de gutta-percha, moulée la veille sur le membre entier, mais qui suffit provisoirement à la contention.

L'opération a duré près d'une heure. La perte de sang est évaluée à 250 grammes.

Le malade est un peu abattu, sans appétit. Dans la journée et le lendemain, vomissements chloroformiques.

La réaction inflammatoire est modérée et courte. Le 27 au matin, la température axillaire est à 37°,4; le soir 37°,9 et reste la même les jours suivants. Par prudence, je donne, pendant longtemps, tantôt de la quinine ou de l'antipyrine à doses modérées. A l'alimentation régulière, mais peu abondante, j'ajoute de la peptone et du cognac.

Le tube à drainage a donné issue à une notable quantité de sang. On y pratique quotidiennement une injection phéniquée.

Le pansement humide est renouvelé selon le besoin.

Le 16 mars, j'enlève le tube à drainage. Il sort un petit séquestre.

Bandelettes de sparadrap et attelles de gutta-percha.

Douleurs de compression au talon exigeant une grande surveillance.

Soubresauts de tendons, très pénibles, calmés par le bromure de potassium et le chloral.

25 mars. — La plaie est comblée par des bourgeons charnus qui englobent le canal et font saillie par l'écartement des bandelettes. Le fil métallique y est noyé; je le détords et je dégage assez péniblement les boutons de porcelaine solidement encastrés dans la néo-formation osseuse. Le fil est enlevé.

Les segments osseux sont réunis, mais le tissu qui les joint est flexible.

Le trajet du tube à drainage est comblé; rien ne peut faire craindre l'existence de foyers purulents profonds. La plaie externe péronière se rétrécit.

Attouchement des tissus saignants avec la solution alcoolique concentrée d'acide phénique.

Pansement occlusif au sparadrap et attelles de gutta qui donnent au membre une forme satisfaisante.

En avril, au retour d'une absence de quelques jours, je trouve sous le talon une escarre large et profonde qui, après que j'ai fenêtré la gutta-percha à son niveau, se cicatrise assez rapidement, concurremment aux progrès de la plaie principale.

Du 25 avril au 21 mai, le membre est enveloppé dans un bandage compressif ouaté.

A cette dernière date, la consolidation paraît complète. Retour aux bandelettes de sparadrap. Le membre ayant tendance à prendre une courbure à concavité interne, j'applique de ce côté une attelle de bois; et, au moyen de la compression par une bande de caoutchouc, pendant quelques minutes chaque jour, j'obtiens le redressement définitif (31 mai).

8 juin. — Appareil silicaté fenêtré

27 juin. — La plaie est plane, cicatrice linéaire en haut et en bas; mais, au milieu, surface suppurante de 7 centimètres de long sur 4 de large. Je pratique six greffes épidermiques. Quatre de celles-ci ont pris (1er juillet).

Bientôt les quatre îlots cicatriciels s'étendant se réunissent en une seule surface (17 juillet).

Le 3 août, il n'y a plus que deux petites ulcérations lenticulaires, bientôt guéries par l'application de bandelettes de sparadrap.

Depuis l'application du silicate, B... marche avec des béquilles, mais la pointe du pied arrive à peine à toucher le sol. Il se plaint surtout d'une raideur douloureuse de l'articulation tibio-tarsienne, qui disparaît graduellement après la suppression du bandage inamovible.

Le raccourcissement de la jambe est de 7 à 8 centimètres. Le pied est bien à angle droit. La forme du membre est normale. La cicatrice, très régulière, a environ 15 centimètres de longueur. Linéaire dans sa plus grande étendue, elle présente à la partie moyenne un élargissement, avec adhérence au squelette, mais celui-ci ne fait aucune saillie, grâce au travail énergique qui a ramené concentriquement les parties molles relâchées par le raccourcissement des os et le tassement des tissus qui en est résulté.

Les mouvements des muscles fléchisseurs du pied sont conservés, les masses charnues restant, sauf en un point très limité, en dehors de la cicatrice. Le pied lui-même n'a aucune tendance au renversement. Il reprend progressivement sa mobilité, et supporte sans douleur le poids du corps, grâce à une épaisse semelle de liège, grossièrement ajustée par le malade lui-même, qui est on ne plus satisfait de son état, et se trouve bien payé de ses souffrances et de sa patience qui a été, il faut le dire, admirable. La marche s'améliore de jour en jour par l'exercice. Aux béquilles succèdent les bâtons qui déjà lui suffisent au moment (29 août) où il quitte le service pour la maison de convalescence. Quinze jours plus tard, il marche avec un seul appui.

Je le revois le 3 octobre. Il marche sans canne, mais plus facilement sur une surface unie que sur le pavé. De plus en plus heureux de son sort, il ne songe plus qu'à se procurer une chaussure commode. Je lui conseille, à défaut d'appareil orthopédique, d'améliorer celle dont il se sert, c'est-à-dire un soulier léger, garni d'une épaisse semelle de liège.

Depuis la présentation de ce travail, j'ai eu l'occasion à plusieurs reprises de revoir B.... Avec sa chaussure à semelle épaisse, il marche facilement, boite à peine et fait sans gêne quatre lieues dans la journée, éprouvant seulement un peu de raideur pénible dans la jointure tibio-tarsienne. Les muscles de la région antéro-externe se contractent librement, mais les mouvements volontaires ou communiqués de l'articulation sont peu étendus. Son pied est à demi fixé en équinisme léger, ce qui atténue l'effet du raccourcissement. La direction de la plante est régulière, sans aucune tendance aux déviations latérales.

La résolution plus complète de l'engorgement des parties molles et osseuses a amené quelque changement dans l'apparence du membre blessé Le fragment supérieur fait en avant une saillie notable, sensible surtout au toucher; mais celle-ci est recouverte par la peau épaisse, souple et mobile, ne portant en ce point qu'une cicatrice superficielle; l'adhérence n'a lieu qu'en dedans et au-dessus, à la face interne du tibia. Le fragment inférieur, que le doigt suit facilement, n'a pas de saillie correspondante en arrière. Il semble donc que le premier est comme exubérant et hyperplasié, tandis que l'autre a subi du même côté une légère résorption. Normalement d'ailleurs, la crête tibiale existe en haut et manque en bas.

La cicatrice est unie, souple, solide. Elle a présenté, il y a deux mois, non sur la partie saillante, mais en dedans, une légère excoriation due à la marche forcée et au frottement à nu des vêtements grossiers, qui a disparu sans retour après quelques jours de traitement.

La cicatrice, mesurée directement d'une extrémité à l'autre, a une longueur de 18 centimètres, qui est portée à 21, si on en suit les sinuosités, car elle a la forme d'un Z redressé et allongé dont la branche centrale est formée par la partie large, les deux autres étant linéaires. En tenant compte du raccourcissement du membre (8 centimètres) et de la rétraction des tissus, la perte totale de substance doit donc être évaluée, pour sa dimension verticale, à 26 centimètres au moins.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Ovariotomie chez une femme de 65 ans. — Guérison, par M. Paul Berthod, interne des hôpitaux.

Mag., 66 ans, doreuse sur métaux, entrée en 1885,

à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, service de M. Le Dentu.

Elle a été réglée à 16 ans, et régulièrement d'ailleurs, a eu trois enfants. Affirme n'avoir jamais fait de maladie. Ménopause à 55 ans.

Depuis cette époque, le ventre a commencé à grossir. L'accroissement s'est fait d'une façon irrégulière et semble avoir débuté par le côté droit. Il y a deux ans, elle fit une chute dans une cave et, dès lors, de grandes douleurs commencèrent à se montrer dans l'abdomen. Elle se fit, dans cette chute, une fracture du radius, dont il ne reste plus trace à l'heure actuelle, et ce sont les douleurs seules qu'elle éprouve dans l'abdomen, ainsi que les dimensions toujours croissantes de celui-ci, qui l'engagent à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — On constate la présence d'un volumineux kyste de l'ovaire, sur la face antérieure duquel la paroi abdominale frotte comme sur du parchemin.

L'état général est du reste excellent. Les urines, examinées plusieurs fois, sont normales et les douleurs pourtant très violentes. Sur les instances de la malade, M. Le Dentu se décide à l'ovariotomie.

Elle est pratiquée le 5 novembre 1885. Incision de la paroi abdominale dépassant l'ombilic et descendant jusqu'au pubis. Reconnaissance, après quelques tâtonnements, de la paroi du kyste. Évacuation d'une poche par la ponction. Néanmoins, la tumeur se réduit peu, et il est nécessaire de prolonger l'incision vers l'épigastre.

Le kyste est alors facilement extrait. Pédiculisation facile. Le pédicule est pris dans une double ligature avec un fort catgut. Suture de la plaie avec du fil d'argent. 20 points dont 6 superficiels. A la partie inférieure, 2 petits drains sont placés dans les points où le muscle droit a été décollé.

Le kyste très volumineux se montre constitué à la coupe par un grand nombre de petites poches. La plus volumineuse seule avait été évacuée par la ponction.

Les suites de l'opération furent aussi simples que possible. Un seul jour, la température s'éleva à 39o. Les fils furent enlevés : 7 le 5e jour, les autres le 9e jour. Au 4e pansement, il ne restait plus qu'un petit drain, qui fut enlevé lui-même vingt jours après l'opération.

Dès lors, la cicatrisation était complète; la région resta seulement douloureuse pendant quelque temps à la suite d'abcès qui se formèrent ultérieurement au niveau du passage des fils profonds, et la malade quittait le service vers la fin de décembre, avec une ceinture hypogastrique, pour se rendre au Vésinet et y terminer sa convalescence.

REVUE D'HYDROLOGIE

Guide de thérapeutique aux eaux minérales et aux bains de mer, par le docteur Campardon, 1884 (265 pages).

Les publications sur les eaux minérales, faites par des médecins étrangers à la médecine thermale, n'ont toujours paru dignes d'intérêt, alors bien entendu qu'elles résultent d'études sérieuses et intelligentes ; tel est le cas pour le Guide de M. Campardon. Il se trouve là des conditions particulières de point de vue et de critique qui méritent souvent de fixer l'attention.

M. Campardon, après quelques observations judicieuses sur le choix d'une station et sur les précautions hygiéniques que commande un traitement thermal, passe en revue les différents modes d'administration des eaux minérales, puis leur classification, où il appelle acidules gazenses les eaux dites de table (bicarbonatées mixtes ou calciques), et oligométalliques les eaux indéterminées ; enfin les stations thermales elles-mêmes, dont il donne un simple crayon. Il ne pouvait pas y avoir grand'chose à dire de nouveau sur ces différents sujets. Une bonne étude de la médication marine et des stations maritimes est la partie la plus particulière et la plus intéressante de ce guide, les médecins n'étant pas généralement très bien renseignés à cet endroit.

Une exposition sommaire des applications thérapeutiques des eaux minérales est présentée dans un ordre alphabétique. Ce chapitre résume aussi bien que le permettent ses dimensions un peu écourtées les indications de la médication thermale.

Ce Guide renferme sous un petit volume beaucoup de renseignements utiles et généralement très exacts, témoignage de l'esprit méthodique et consciencieux avec lequel il a été fait.

Dax pittoresque et thermal, par le docteur Barthe de Sandfort (405 pages).

Monographie très complète et très élégante de la station de Dax (Landes). Cette station est particulièrement intéressante en raison de l'emploi simultané des boues et des eaux, et de ses conditions climatériques, qui permettent de la considérer comme une station hivernale. Les eaux de Dax, d'une thermalité élevée de 31 à 61o, me paraissent devoir être classées parmi les eaux *indéterminées*. M. Barthe de Sandfort paraît de mon avis, dans ce sens que, pour lui, Dax rentre dans la même catégorie que Néris et Plombières, qui sont des types d'eaux indéterminées. Mais ce qui rapproche Dax de Néris et de Plombières, c'est seulement la faible minéralisation des unes et des autres, et le défaut de caractéristique ou de prédominance chimique ; car, pour ce qui est appréciable dans leur composition respective, ces diverses eaux ne se ressemblent nullement.

Cependant Dax, dans sa faible minéralisation, présente une prédominance relative, à peu près égale, de sulfate calcique et de chlorure sodique. Par le premier se trouve légitimé le rapprochement de Dax et de Bagnères-de-Bigorre, bien plus nettement sulfatée, et, par le second, Dax semble donner la main à Salies de Bearn, par l'intermédiaire des sources de Tarcis, de Prichac, de Pouillon, nettement bien que faiblement chlorurées.

Les ressources thérapeutiques de Dax et de ses boues s'adressent très spécialement aux affections musculaires et articulaires. Il est fort regrettable que la plupart des chirurgiens persistent dans leur ignorance systématique de médications aussi efficaces et énergiques que celles que fournissent les eaux minérales, dans ces sortes d'affections en particulier. Peut-être l'auteur de ce traité des eaux de Dax aurait-il pu consacrer plus de place aux indications et aux résultats thérapeutiques.

La station de Dax est remarquable encore par la moyenne et l'égalité de sa température, et par le caractère sédatif de son climat.

ÉTUDE MÉDICALE SUR LES EAUX THERMO-SULFUREUSES SODIQUES ET ARSÉNICALES DE SAINT-HONORÉ.—Thèse pour le doctorat, par le docteur HENRY COLLIN, 1885 (192 pages).

Cette thèse est une monographie très complète, et exclusivement médicale, de la station de Saint-Honoré. Son auteur, fils d'un des médecins les plus distingués des eaux minérales françaises, a naturellement mis à profit la longue et laborieuse expérience de son père, en outre de celle qu'il avait acquise lui-même sur cette intéressante station. La situation seule de Saint-Honoré, dans une région aussi distante de la brillante agglomération des sulfurées des Pyrénées, suffirait, comme pour Allevard, à la signaler à l'attention des hydrologistes et des médecins.

Les eaux de Saint-Honoré sont-elles sulfurées sodiques ou calciques? Je les avais d'abord rangées parmi les premières, mais une étude plus attentive m'a engagé à les classer parmi les sulfurées calciques (3e édition du *Traité des eaux minérales*). M. Collin pense, d'après la prédominance des vases sodiques et la grande quantité de substances azotées qu'elles renferment, qu'elles doivent être considérées comme *sulfureuses sulfhydriquées sodiques et arsénicales.* Du reste, le rapprochement que l'auteur établit lui-même entre Saint-Honoré et Eaux-Bonnes témoigne de la difficulté de leur assigner un caractère très précis, la minéralisation des Eaux-Bonnes semblant assiguer à ces dernières elles-mêmes une situation indécise entre les sulfurées sodiques et les calciques.

La qualité arsénicale des eaux de Saint-Honoré, récemment reconnue, est mise en saillie par M. Collin. Il pense que c'est de l'arséniate de soude qui y existe, et la proportion en est relativement considérable, 4 milligr. par 1,000 gr., plus qu'au Mont-Dore et dans la dominique de Vals.

Les applications thérapeutiques de ces eaux sont étudiées avec beaucoup de soin et appuyées d'observations intéressantes. Elles rentrent dans les appropriations générales des sulfurées, sauf des nuances qu'il ne saurait préciser ici. L'arthritisme est rangé avec la scrofule et l'herpétisme parmi les diathèses auxquelles peuvent convenir les eaux de Saint-Honoré. Je n'ai jamais pensé que les eaux sulfureuses eussent une place à tenir dans le traitement de l'arthritisme. Mais il paraît résulter du passage suivant que, pour l'auteur, les eaux de Saint-Honoré n'auraient à intervenir que lorsque l'arthritisme lui-même se trouverait ramené au dernier plan de l'indication : « En somme, les eaux de Saint-Honoré sont indiquées dans l'arthritisme lorsque le malade est affaibli, anémique, quand cette diathèse est accompagnée d'herpétisme ou de scrofule, ou bien toutes les fois que le sujet sera très nerveux, très irritable, et que l'on aura besoin d'obtenir une sédation sérieuse. »

MAX DURAND-FARDEL.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE.— LÉGISLATION PÉNALE ET JURISPRUDENCE, par M. C. Denis WEIL, juge suppléant au Tribunal de la Seine, Paris, 1886. Marchal et Billard. 1 vol. in-8, VI-338 p. — 7 fr, 50.

M. Georges-Denis Weil, juge suppléant au Tribunal de la Seine, auteur de plusieurs commentaires fort appréciés sur des questions de droit, vient de publier, sous le titre placé plus haut, un traité complet sur la matière.

M. Weil, dans sa préface, délimite bien son terrain ; il ne s'occupe que des lois de ventose et de germinal, des anciens règlements qu'elles ont pu laisser en vigueur, des mesures postérieures par lesquelles elles ont été modifiées. Au moment où le corps médical s'occupe de la réforme des lois qui régissent la médecine, il était nécessaire que ces lois fussent bien connues, et c'est à quoi vient nous aider le livre de M. Weil, qui a sa place dans toute bibliothèque de médecin.

Le livre I est consacré à l'exercice illégal de la médecine ; il s'ouvre par un historique de la législation ; puis, au chapitre II, il est question des conditions requises pour pouvoir exercer l'art de guérir dans sa plénitude. On trouve là un résumé fort clair des législations étrangères (1); une discussion au sujet du droit qu'ont les femmes de se faire recevoir médecins; les conditions auxquelles les médecins étrangers peuvent exercer en France et celles dans lesquelles les médecins français peuvent exercer à l'étranger. Le chapitre III traite des médecins qui exercent sans aucune qualité requise, et nous montre qu'un seul cas suffit pour constituer l'exercice illégal, que l'excuse de bonne foi, la gratuité n'ont aucune valeur atténuante, que, seule, la force majeure peut être invoquée, et M. Weil entre dans d'intéressants détails à ce sujet.

Au chapitre IV (des actes qui constituent l'exercice illégal), il y a des réflexions très judicieuses et appuyées sur des faits concernant les oculistes, les masseurs, les dentistes, les rhabilleurs, les magnétiseurs, les empiriques qui prescrivent, par la publicité, un traitement aux malades en général, etc.

Le chapitre V est un des plus complets. Il s'occupe des personnes qui ne peuvent exercer l'art de guérir que dans une mesure restreinte : médecins étrangers, officiers de santé (2), sages-femmes, lesquelles sont incompétentes pour toutes les maladies qui ne se rattachent pas intimement à l'accouchement.

Le chapitre VI nous parle de l'usurpation du titre de docteur et d'officier de santé et de la pratique illicite de l'accouchement par les femmes.

Le chapitre VII a pour titre et pour objet la répression des infractions à la loi de ventose, et, à propos de l'action civile, M. Weil affirme que la loi de ventose n'interdit pas aux médecins de se porter partie civile ; il parle aussi d'une question fort discutée actuellement, l'action intentée par une association sans qualité.

Le livre second traite de l'exercice illégal de la pharmacie, et les chapitres en sont à peu près pareils à ceux du livre premier. Puis vient le texte de toutes les lois et ordonnances relatives à ces deux branches de l'art de guérir, et enfin une table alphabétique et analytique des matières, bien propre à faciliter les recherches.

Dr C. DELVAILLE.

(1) Voir, en ce qui concerne l'Angleterre : *Lettres médicales sur l'Angleterre*, par le docteur C. Delvaille, 1873.

(2) Voir, sur cette question : *De l'exercice de la médecine*, lettres adressées à M. J. Simon, par le docteur Delvaille, précédées d'une lettre de M. J. Simon. Paris, Germer-Baillière, 1865.

REVUE DES THÈSES

TRAITEMENT DE L'ANKYLOSE ANGULAIRE DU GENOU PAR L'OSTÉOTOMIE LINÉAIRE DU FÉMUR, par le docteur PAUL PENNEL, ancien interne des hôpitaux.

L'auteur a pour but, dans ce travail, d'exposer le mode de traitement que M. de Saint-Germain applique aux ankyloses angulaires du genou et les résultats qu'il obtient. Les indications de l'opération y sont étudiées avec soin. L'ankylose angulaire du genou est une difformité sérieuse qui, sans compromettre l'existence, exige néanmoins le plus souvent l'intervention de la chirurgie. Celle-ci sera justifiée quand l'ankylose est incommode, gênante et constitue une véritable difformité; même il faudra se garder d'opérer les enfants atteints de tuberculose pulmonaire ou d'une altération viscérale quelconque. D'ailleurs, plus l'ankylose sera ancienne et moins les complications seront à redouter.

Plusieurs procédés ont été proposés pour le traitement de cette ankylose. La résection est une opération des plus sérieuses qui peut avoir ses indications, mais qui, aujourd'hui, doit être considérée comme une dernière ressource thérapeutique.

L'ostéotomie cunéiforme du fémur, imaginée par Rhéa Berton en 1835, consiste à enlever un carré de l'extrémité inférieure du fémur; mais c'est là encore un procédé qui n'est pas souvent applicable et qui offre de sérieux dangers.

L'ostéoclasie compte maintenant un grand nombre de partisans, surtout depuis que l'ostéoclaste de M. Robin (de Lyon) a permis de régulariser quelque peu les désordres. Mais, malgré les expériences faites, on peut se demander si la fracture ainsi produite ne peut donner lieu à des esquilles, à des fissures qui compliquent l'opération. Enfin et surtout, si l'ostéoclasie donne de bons résultats dans les cas d'ankylose où l'angle est ouvert directement en arrière, il n'en est plus de même quand la flexion est combinée à des déviations latérales et à des mouvements de torsion.

Reste l'ostéotomie. M. Pennel en décrit minutieusement le manuel opératoire. L'anesthésie étant obtenue, on place le membre, sans qu'il soit nécessaire de le comprimer avec la bande d'Esmarch, sur un sac de sable sur lequel il se moule et est assujetti parfaitement; les précautions de la méthode antiseptique sont les plus rigoureuses. Une incision est faite à la partie interne de la cuisse, longue de 2 cent., et commencée à 4 cent. au-dessus de l'interligne articulaire. Le bistouri devra être plongé du premier coup jusqu'au fémur et tous les tissus incisés à la fois. Un ciseau, dit ostéotome de MacEwen, est introduit par la plaie; on écarte d'abord par le râclage le périoste, puis l'instrument est retourné et, à l'aide de petits coups secs, les trois quarts de la diaphyse sont incisés; le canal médullaire est donc largement ouvert. L'instrument s'arrête là, et le chirurgien achève la fracture du dernier quart de l'os avec les mains. Le redressement du membre s'opère alors facilement, sauf dans le cas où une ténotomie est rendue nécessaire par la résistance des muscles droit interne ou demi-tendineux. Les fragments du fémur font une saillie sensible au-dessus du creux poplité pendant qu'une dépression s'accentue à la région antérieure. Ces inégalités se corrigent plus tard; le raccourcissement, toujours peu sensible, est en général d'autant moins prononcé que la section a eu lieu plus près de l'interligne.

Les lèvres de la plaie ne sont pas suturées et un pansement de Lister est appliqué. Par-dessus, on roule une bande de flanelle qui est elle-même recouverte d'une bande de tarlatane plâtrée, le long de laquelle on applique deux attelles ouatées destinées à fixer le membre dans une rectitude parfaite. Ordinairement, le pansement n'est pas renouvelé et la consolidation est obtenue au bout d'un mois. Néanmoins, M. de Saint-Germain insiste pour que ses opérés ne se lèvent et marchent qu'au bout de deux mois révolus.

Les résultats sont remarquables. Les complications sont rares, sauf dans deux cas de Volkmann, où il s'établit une suppuration qui permit néanmoins la consolidation. Ce raccourcissement est peu prononcé; les fonctions des muscles se rétablissent rapidement. La solution de continuité de l'os n'est pas un obstacle à son accroissement en longueur. Ces avantages, qu'on trouvera développés dans la thèse de M. Pennel, nous ont paru réels et permettent de préconiser avec lui l'ostéotomie comme traitement de l'ankylose angulaire du genou

Dr E. DESNOS.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FRACTURES DE LA VERGE SIMPLES OU COMPLIQUÉES, par P. CAMI-DEBAT. — Thèse de Pari, 1885.

La fracture de la verge n'est autre que la rupture du fascia penis accompagnée de la désagrégation des mailles du tissu caverneux. Elle se produit surtout pendant le coït, alors que l'organe se trouve en état de complète érection. Un craquement, perçu dans ces circonstances, permet de la soupçonner et on est en droit d'affirmer son existence, s'il survient consécutivement une perte de substance du tissu caverneux avec attitude vicieuse de l'organe. Il reste, après la guérison, une sorte de virole, comparable à un cal, au niveau du point lésé. Généralement bénin, cet accident présente, dans certains cas, une gravité exceptionnelle, soit par le fait de complications, soit à cause des désordres locaux irrémédiables qui peuvent en résulter. La thérapeutique, peu puissante sur la marche du traumatisme, peut parer, dans une certaine mesure, aux accidents consécutifs dus, assez fréquemment, soit à la gangrène, soit à l'infiltration urineuse.

Dix observations, dont deux inédites, servent de base au présent travail.

CH. AMAT.

NOTES & INFORMATIONS

L'ENCOMBREMENT DES HÔPITAUX. — M. Siredey a appelé avec raison l'attention de ses collègues de la Société médicale des hôpitaux sur l'encombrement de plus en plus grand des services hospitaliers. Cet encombrement tient surtout à l'admission de nombreux malades atteints d'affections chroniques, sinon incurables, pour le traitement desquels il y a urgence à créer des établissements spéciaux. Déjà, on a utilisé les baraquements d'Aubervilliers pour y installer 200 lits réservés aux chroniques; mais c'est là, il va sans dire, une mesure complètement insuffisante. De son côté, M. Desprès a saisi le Conseil municipal d'une proposition tendant à ouvrir à l'Assistance publique un crédit de 100,000 francs pour envoyer dans les lits vacants des hospices de province les vieillards et les infirmes qui ne pourraient trouver place dans les

établissements hospitaliers de Paris. C'est encore là une mesure qui ne saurait avoir rien de régulier, de définitif, et propre tout au plus à parer aux difficultés d'un moment. Ce qui s'impose avant tout, et ce que demandent les médecins des hôpitaux, c'est l'ouverture d'un ou plusieurs hospices destinés uniquement aux chroniques et incurables.

— INSTRUCTIONS POUR ATTÉNUER LA PROPAGATION DE LA TUBERCULOSE. — Pendant que, sous l'impulsion de M. Verneuil, s'organise tout un système d'expérimentation ayant pour but de ses recherches la curabilité de la tuberculose, les Conseils d'hygiène se préoccupent des moyens de restreindre la propagation de cette cruelle maladie, et voici les instructions que, sur le rapport d'une Commission dont M. A. Ollivier était le rapporteur, le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine vient d'adopter :

« L'agent le plus actif de transmission de la tuberculose réside dans les crachats.

« Ceux-ci ne doivent donc être projetés ni sur le sol, ni sur les linges, où ils se transforment en poussières dangereuses.

« En conséquence, il faudra recommander aux malades de cracher dans des vases contenant de la sciure de bois.

« Ces vases seront vidés au moins une fois par jour et lavés à l'eau bouillante.

« Leur contenu sera jeté au feu et brûlé.

« Dans les grandes agglomérations (écoles, ateliers, casernes, hôpitaux), on devra veiller à l'application de ces mesures.

« En cas de location d'une chambre garnie longtemps habitée par un phthisique, et surtout en cas de décès, il sera nécessaire de désinfecter au soufre la chambre et la literie, comme il a été indiqué dans les précédentes instructions.

« Les vêtements des phthisiques ne seront utilisés par d'autres personnes qu'après avoir été lessivés ou passés dans une étuve à vapeur. »

— Depuis plusieurs années, le Conseil municipal réclame la création d'hôpitaux maritimes pour les phthisiques et les enfants scrofuleux.

D'accord avec l'administration, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a sagement pensé qu'avant d'élever, à grands frais, un nouvel établissement, dans le genre de l'hôpital de Berck, il convenait d'expérimenter plusieurs points de notre littoral maritime. Il a été également d'avis que l'expérience devait s'étendre à des stations de montagnes, et il a chargé l'administration de se mettre à la recherche d'un certain nombre de stations maritimes et terrestres, sur lesquelles seraient dirigés de petits groupes d'enfants atteints de scrofule ou menacés de phthisie.

L'administration de l'Assistance publique s'occupe de mener promptement à bien cette enquête, et il y a tout lieu d'espérer que, dans quelques mois, l'expérience si intéressante réclamée par le Conseil de surveillance, sera en voie de fonctionnement. (UNION MÉDICALE.)

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Weiss (de Nancy), décédé à Paris dans sa soixante et unième année. Après l'annexion, le docteur J. Weiss avait quitté sa clientèle de Sarrebourg pour venir se fixer à Nancy ; — de M. le docteur Johnston, l'un des médecins les plus connus parmi les étrangers qui sont venus se fixer à Paris. En 1870, il organisa avec quelques-uns de ses compatriotes l'ambulance américaine qui rendit de réels services à nos malades et à nos blessés.

***

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont nommés assesseurs dans les Facultés de médecine et dans les Écoles supérieures de pharmaci ci-après désignées :

Faculté de médecine de Paris : M. le professeur Brouardel ;
Faculté de médecine de Bordeaux : M. le professeur Coyne ;
Faculté de médecine de Lille : M. le professeur Folet ;
Faculté de médecine de Lyon : M. le professeur Gayet ;
Faculté de médecine de Montpellier : M. le professeur Grasset ;
Faculté de médecine de Nancy : M. le professeur Heydenreich ;
École de pharmacie de Paris : M. le professeur Milne-Edwards ;
École de pharmacie de Montpellier : M. le professeur Planchon ;
École de pharmacie de Nancy : M. le professeur Schlagdenhauffen.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Par décret, en date du 20 février 1886, M. Garnier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de chimie et toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le professeur Lortet est nommé, pour trois ans, doyen de cette Faculté.

***

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Prix Duparcque.* — Ce prix, de la valeur de 600 fr, plus une médaille de 100 fr., sera décerné en 1887 au meilleur mémoire, « manuscrit et inédit », sur un sujet quelconque de pathologie interne.

Les travaux destinés au concours devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er juin 1887, terme de rigueur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

276. M. Andrieu. Considérations générales sur les réactions constitutionnelles dans les maladies. — 277. M. Marcus. Le microbe de la syphilis. — 278. M. Cloez. Considérations sur l'étiologie du choléra envisagée dans ses rapports avec la prophylaxie des campagnes. — 279. M. Mollet. Du régime alimentaire chez les albuminuriques. — 280. M. Sieurac. Contribution à l'étude de la néphrite secondaire aux affections cardiaques — 281. M. Romalo. Contribution à l'étude de la syphilis pigmentaire (particulièrement chez l'homme). — 282. M. Dubreuilé. De la broncho-pneumonie chronique. — 283. M. Grand-Moursel. Contribution à l'étude des abcès de la rate. — 284. M. Oudar. Des arthropathies de l'articulation tibio-tarsienne — 285. M. Wins. L'allaitement à la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés. — 286. M. Fauvel. Des paralysies traumatiques d'origine périphérique. — 287. M. Juranville. Recherches expérimentales et thérapeutiques sur l'action somnifère du glucoside du boldo. — 288. M. Herr. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale épidémique. — 289. M. Fouque. Des manifestations articulaires. — 290. M. Munschina. Contribution à l'étude des accidents laryngés chez les ataxiques. — 291. M. d'Emmerez de Charmoy. Contribution à l'étude clinique du cancer de l'œsophage et du rétrécissement qu'il détermine. — 292. M. Rochette. Essai sur la tuberculose primitive du scrotum.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 14 AU SAMEDI 20 FÉVRIER 1886

Fièvre typhoïde 15.—Variole 13.— Rougeole 17. — Scarlatine 1. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup 35 — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 5 — Infections puerpérales 10 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 40. — Phthisie pulmonaire 211.— Autres tuberculoses 29.—Autres affections générales 75 — Malformation et débilité des âges extrêmes 72. — Bronchite aiguë 50. — Pneumonie 160. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 32. — au sein et mixte 27. — Inconnu 3.— Maladies de l'appareil cérébro-spinal 126.— de l'appareil circulatoire 69. — de l'appareil respiratoire 97. — de l'appareil digestif 50 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 16 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 26. — Causes non classées 17. — Total de la semaine: 1236 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Leçons sur le venin des serpents du Brésil et sur la méthode du traitement des morsures venimeuses, par le permanganate de potasse, publiées par le professeur D.-J.-B. de Lacerda, directeur du laboratoire de physiologie expérimentale du musée national de Rio de Janeiro, commandeur de l'ordre impérial de la Rose, etc. Un volume de 306 pages grand in-8, avec 3 planches chromolithographiées. — Prix : 8 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité pratique des maladies du système nerveux, par le professeur J. Grasset, suivi d'un appendice sur l'électrothérapie en général, par le docteur Regimbeau, 3e édition. Un fort volume in-8, avec 73 figures intercalées dans le texte et 16 planches, dont 7 en chromolitographie, eau forte et photographie. — Prix : 28 fr. —Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Bulletins et mémoires de la Société française d'ophthalmologie, publiés par les membres du comité : MM. Abadie, Armaignac, Chibret, Coppez, Gayet, Meyer, Panas, Poncet. 3e année, 1885. Un volume gr. in-8 de 350 pages, avec 8 planches hors texte et figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Leçons cliniques sur les maladies des dents, faites à l'Ecole dentaire de France, pendant l'année scolaire 1884-1885, par E. Andrieu, docteur en médecine de la Faculté de Paris, président de la Société odontechnique de France, etc. Un vol. grand in-8 de 250 pages. — Prix : 7 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PROPHYLAXIE DE LA RAGE

RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE LA MÉTHODE POUR PRÉVENIR LA RAGE APRÈS MORSURE, par M. L. PASTEUR (1).

Le 26 octobre dernier, j'ai fait connaître à l'Académie une méthode pour prévenir la rage après morsure et les détails de son application à un jeune alsacien, Joseph Meister, mordu gravement le 4 juillet précédent. Le chien était manifestement enragé, et une enquête récente, faite par les autorités allemandes, a de nouveau démontré que ce chien était en plein accès de rage quand il a mordu Meister. La santé de cet enfant est toujours parfaite. La morsure remonte à huit mois environ.

Au moment même de la lecture de ma note du 26 octobre, j'avais en traitement le jeune berger Jupille, mordu, autant et plus grièvement peut-être que Meister, le 14 octobre. La santé de Jupille ne laisse rien à désirer. Sa morsure remonte à quatre mois et demi.

A peine ces deux premières tentatives heureuses étaient-elles connues qu'un grand nombre de personnes, mordues par des chiens enragés, réclamèrent le traitement qui avait servi pour Meister et Jupille. Ce matin même — ceci est écrit le jeudi 25 février — avec le docteur Grancher, dont le dévouement et le zèle sont au-dessus de tout éloge, nous avons commencé les inoculations préventives du 350e malade.

Bien que mon laboratoire, consacré depuis plus de cinq années à l'étude de la rage, ait été un centre d'informations en tout ce qui concerne cette maladie, j'ai partagé, je l'avoue, la surprise générale en constatant un chiffre aussi élevé de personnes mordues par des chiens enragés. Cette ignorance tenait à plus d'une cause.

Aussi longtemps que la rage a été jugée incurable, on cherchait à éloigner de l'esprit des malades le nom même de cette maladie. Une personne était-elle mordue, chacun déclarait qu'elle l'avait été par un chien non enragé, quoique le rapport du vétérinaire ou du médecin affirmât le contraire, et le plus grand silence était recommandé sur l'accident. Au désir de ne pas effrayer la personne en danger, ses proches ajoutaient la peur de lui nuire. N'a-t-on pas été quelquefois jusqu'à refuser tout travail à des ouvriers qu'on savait avoir été mordus par un chien enragé? On se persuadait facilement qu'une personne mordue pourrait tout à coup devenir dangereuse, ce qui heureusement n'arrive pas. L'homme enragé n'est à craindre que dans la période des derniers accès du mal.

Afin de bien convaincre les personnes prévenues, même celles qui pourraient être hostiles, j'ai pris la précaution de dresser des statistiques très sévères. J'ai eu soin d'exiger des certificats constatant l'état rabique du chien, certificats délivrés par des vétérinaires autorisés ou par des médecins. Cependant je n'ai pu me soustraire, dans quelques cas très rares, à l'obligation de traiter des personnes mordues par des chiens suspects de rage qui avaient disparu, parce que ces personnes, outre le danger possible de leurs morsures, vivaient sous l'empire de craintes capables d'altérer leur santé si nous leur avions refusé notre intervention.

Je n'ai pas voulu traiter des personnes mordues dont les vêtements n'avaient pas été visiblement troués ou lacérés par les crocs de l'animal. Il est bien évident que, dans ce cas, nul danger n'est à craindre, parce que le virus n'a pu pénétrer dans les chairs, alors même qu'il puisse en résulter une plaie contuse, profonde et même saignante. Dans un certain nombre de cas suspects, l'état rabique du chien a été établi dans mon laboratoire même, à la suite d'inoculations à des lapins ou à des cobayes, de la matière nerveuse prise sur le cadavre de l'animal.

Je voudrais donner ici une idée assez exacte de la physionomie du traitement et de la nature des morsures, en citant dans leur ordre chronologique une des séries de personnes soumises au traitement. Comme il serait fastidieux d'énumérer les détails relatifs à 350 personnes, je choisirai plus particulièrement parmi les cent premières mordues et traitées. Celles-ci occupent l'intervalle de temps écoulé du 1er novembre au 15 décembre.

Leur intérêt est très particulier. Elles se trouvent dès à présent en dehors de la période vraiment dangereuse.

Si j'ouvre mon registre au chapitre de cette première centaine, je trouve dans un intervalle de dix jours la variété des cas suivants. Ils donneront à l'Académie l'idée d'un des défilés quotidiens qui se présentent au laboratoire chaque matin :

Etienne Roumier, quarante-huit ans, de la commune d'Ourouère (Nièvre), mordu aux deux mains, le 4 novembre 1885, par un chien reconnu enragé par M. Moreau, vétérinaire.

(1) Communication faite à l'Académie des sciences (séance du 1er mars) et à l'Académie de médecine (séance du 2 mars).

Aucune cautérisation ni pansement quelconque pendant vingt-quatre heures.

Chapot, âgé de quarante-trois ans, et sa fille, âgée de quatorze ans, habitant Lyon, tous deux mordus à la main gauche, le 6 novembre 1885, la jeune fille bien plus gravement que son père. Les blessures ont été lavées à l'alcali volatil par un pharmacien. Chien reconnu rabique par l'Ecole vétérinaire de Lyon.

François Saint-Martin, âgé de dix ans, de Tarbes, mordu au pouce droit, le vendredi 7 novembre, lavé à l'ammoniaque par un pharmacien. Chien reconnu enragé par M. Dupont, chef du service sanitaire des épizooties.

Marguerite Luzier, âgée de treize ans, de Fongrave (Haute-Garonne), mordue à la jambe par un chat enragé, le 11 novembre 1885. Cautérisation à l'acide phénique. L'étendue des morsures oblige de placer cette enfant à l'hôpital des enfants, à cause des soins chirurgicaux que réclame son état.

Corbillon, âgé de vingt-sept ans, habitant La Neuville, près Clermont (Oise), mordu le 12 novembre 1885. Chien reconnu enragé par M. Chantareau, vétérinaire à Clermont. Cautérisé au fer rouge huit heures après l'accident.

Bouchet, âgé de cinq ans et demi, habitant à la septième écluse du canal de Saint-Denis, mordu le 12 novembre à la main gauche et à la cuisse gauche. Vêtement de la cuisse déchiré. Chien reconnu enragé par M. Coret, vétérinaire à Aubervilliers. Cautérisé au fer rouge trois quarts d'heure après l'accident, par le docteur Dumontel.

Mme Delcroix, de Lille (Nord), mordue le 6 novembre au pied droit, cautérisée au feu rouge neuf heures après l'accident. Chien reconnu enragé par M. Frélier, vétérinaire à Lille.

Plantin, habitant Etrœungt (Nord), mordu au commencement de novembre 1885 à la main droite; cautérisé quarante-huit heures après l'accident. Chien reconnu enragé par M. Eloire, vétérinaire à La Capelle (Aisne).

Jeanne Pazat, âgée de sept ans, de Mareuil (Dordogne), mordue le 12 novembre par un chien reconnu enragé par le docteur de Pindray. Ne s'est présentée que quarante-huit heures après l'accident au docteur de Pindray, qui a jugé, avec raison, qu'il n'y avait pas à pratiquer la cautérisation.

Mme Achard, de Saint-Etienne, mordue le 9 novembre au pied droit et le 12 novembre par le même chien à la main droite. Chien reconnu enragé par M. Charloy, vétérinaire à Saint-Etienne. Pas de cautérisation.

Mme Alphonsine Legrand, de la commune de Baune, dans le département de l'Aisne. Mordue au menton le 6 novembre 1885. Chien reconnu enragé par M. Decarme, vétérinaire à Château-Thierry. Pas de cautérisation.

Antoine Cattier, âgé de quarante-trois ans, habitant 12, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, à Paris, mordu à la main le 16 novembre. Cautérisé au fer rouge, seulement vingt heures après l'accident. Chien reconnu enragé par son maître; voix rabique caractéristique, refusant toute nourriture, mordillant et avalant du bois et autres objets.

A Saint-Ouen, près Paris, sont mordus, le 15 novembre 1885, Ternat, sa femme, Mme Delzors et Mme Dalibard, tous quatre par un chien reconnu enragé de son vivant et après sa mort par le vétérinaire Sanfourche, de Saint-Ouen. Cautérisations insignifiantes ou tardives.

Docteur John Hugues, d'Oswestrie (Angleterre), mordu le 13 novembre 1885. Deux blessures fortes à la lèvre inférieure. Aucune cautérisation. Chien reconnu enragé par le docteur lui-même.

Vve Faure, du village de l'Alma, en Algérie, mordue à la jambe le 1er septembre 1885; vêtements déchirés par le même chien qui a mordu les quatre enfants dits d'*Algérie*, dont un est mort à l'hôpital de Mustapha, à Alger, deux mois après sa morsure. Description très soignée des symptômes rabiques chez cet enfant, par le docteur Moreau, d'Alger. Le traitement préventif a été appliqué aux trois autres au milieu de novembre.

Mme Gréteau, de Bordeaux, mordue le 14 novembre à l'annulaire droit: deux morsures, l'une dans la pulpe de l'extrémité, l'autre dans l'ongle qui fut coupé vers son milieu. Chien reconnu enragé par le docteur Douaud. Lavage des plaies à l'ammoniaque et cautérisation légère.

Voisenet (Noël), de Semur (Côte-d'Or), cinquante ans; mordu le 16 novembre aux deux jambes par une chienne reconnue enragée par M. Colas, vétérinaire. Cautérisation au fer rouge quatre heures seulement après l'accident.

Guichon, de Bordeaux, soixante-sept ans; mordu le 15 novembre à la main gauche par le chien qui a mordu Mme Gréteau dont il a parlé ci-dessus.

Halfacre (Walter), de Londres, vingt-huit ans, mordu à la main le 15 novembre, envoyé par le docteur sir James Paget. Pas de cautérisation sérieuse. Le frère d'Halfacre mourut de la rage il y a cinq ans, à la suite d'une morsure à laquelle on n'avait donné aucune attention, tant elle avait paru insignifiante.

Calmeau, de Vassy-lez-Avallon, mordu dans la nuit du 15 au 16 novembre, au ventre, à la cuisse, au genou, vêtements et chemise en lambeaux. Pas de cautérisation quelconque. Chienne reconnue enragée par le vétérinaire de Semur, M. Colas. C'est la même chienne qui a mordu Voisenet (Noël), dont il est question ci-dessus.

Lorda (Jean), âgé de trente-six ans, demeurant à Lasse (Basses-Pyrénées). L'observation de ce sujet est des plus intéressantes. Mordu le 25 octobre 1885, Lorda n'est arrivé à mon laboratoire que le 21 novembre, le vingt-septième jour après sa morsure. Le jour où il fut mordu, sept porcs et deux vaches le furent également par le même chien. Or, les neuf animaux sont morts de la rage, les porcs après une courte durée d'incubation de quinze jours à trois semaines. C'est après la mort par rage de ces porcs que Lorda, effrayé, partit pour Paris. La première vache mourut trente-quatre jours après sa morsure; la seconde, cinquante-deux jours après. Je dois le détail de ces faits si curieux à M. Inda, vétérinaire habile de Saint-Palais. Une observation de son rapport ne doit pas être omise : c'est qu'aussitôt après leurs morsures les vaches avaient été cautérisées profondément au fer rouge; ce détail est souligné par M. Inda. J'ai eu des preuves assez nombreuses de l'inefficacité des cautérisations, dans certains cas, de celles mêmes faites au fer rouge et sans retard. La santé de Lorda est toujours parfaite. Son traitement a été terminé le 28 novembre dernier.

Telle est l'énumération, dans l'ordre chronologique de leur arrivée à mon laboratoire, de vingt-cinq personnes mordues comprises dans une période de dix jours. Toutes les autres périodes de dix jours offrent une énumération dont le récit n'apprendrait rien de plus que celle-ci, quoique, dans chacune d'elles, on puisse rencontrer un ou plusieurs cas de morsures

non moins intéressants qne celui de Lorda. Afin d'abréger, je ne citerai qu'un seul de ces cas, et je le choisis de préférence à d'autree parce qu'il m'a causé de vives craintes. Il est relatif à nn jenne garçon de hnit ans, nommé Jullion, habitant Charonne, rne de Vignolles, n° 6, mordu le 30 novembre. Cet enfant, voyant le chien venir à lui, se mit à crier. A ce moment, la mâchoire inférienre du chien entre dans la houche onverte de l'enfant. Un croc conpe la lèvre snpérieure et pénètre profondément au fond dn palais, tandis qu'un des crocs de la mâchoire snpérieure, restée hors de la bonche de l'enfant, pénétrait entre l'œil droit et le nez. Aucune cautérisation n'était possible. Le chien qni a mordu Jullion a été reconnn enragé par M. Guillemard, vétérinaire, rue de Cîteaux, 37, à Parie.

Je pourrais extraire de la série dee personnes traitées beaucoup d'autres cas de morsures au visage et à la tête sane cantérisation quelconque.

Pour une seule personne, le traitement a été inefficace; elle a succombé à la rage, après avoir subi ce traitement. C'est la jeune Louise Pelletier. Cette enfant, âgée de dix ans, mordue le 3 octobre 1885, à la Varenne-Saint-Hilaire, par un gros chien de montagne, m'a été amenée le 9 novembre suivant, le trente-septième jour seulement après ses blessures, blessuree profondes au creux de l'aisselle et à la tête. La blessure à la tête avait été si grave et d'une si grande étendue que, malgré des soins médicaux continus, elle était très purulente et sanguinolente le 9 novembre. Elle avait une étendue de 0 m. 12 à 0 m. 15, et le cuir cbevelu se soulevait encore en un endroit. Cette plaie m'inspira de cruelles inquiètudes. Je priai le docteur Vulpian de venir en constater l'état. J'aurais dû, dans l'intérêt scientifique de la méthode, refuser de soigner cette enfant arrivée si tard, dans des conditions exceptionnellement graves; mais, par un sentiment d'humanité et en face des angoisses des parents, je me serais reproché de ne pas tout tenter.

Des symptômes avant-coureurs de l'hydrophobie se manifestèrent le 27 novembre, onze jours seulement après la fin du traitement. Ils devinrent plus manifestes le 1er décembre au matin. La mort survint, avec les symptômes rabiques les plus accusés, dans la soirée du 3 décembre.

Une grave question se présentait. Quel virus rabique avait amené la mort? Celni de la morsure du chien ou celui des inoculations préventives? Il me fut facile de le déterminer. Vingt-quatre heures après la mort de Louise Pelletier, avec l'autorisation de ses parents et du préfet de police, le crâne fut trépané dans la région de la blessure, et une petite quantité de la matière cérébrale fut aspirée, puie inoculée par la méthode de la trépanation à denx lapins. Ces deux lapins furent pris de rage paralytique dix-huit jours après, et tous les deux au même moment. Après la mort de ces lapins, leur moelle allongée fut inocnlée à de nouveaux lapins, qui prirent la rage après une durée d'incubation de quinze jours. Cee résultats expérimentaux suffisent pour démontrer que le virus qui a fait monrir la jeune Pelletier était le virus du chien par lequel elle avait été mordue. Si la mort avait été due aux effets du virus des inoculations préventives, la durée de l'incubation de la rage à la suite de cette seconde inoculation à des lapins aurait été de sept jours au plus. Cela résulte des explications de ma précédente note à l'Académie.

Si le traitement préventif n'a jamaie amené de résultats fâcheux, dans 350 cae, pas un phlegmon, pas un abcès, un peu de rougeur œdémateuse seulement à la suite des dernières inoculations, peut-on dire qu'il a été réellement efficace pour prévenir la rage après morsure? Pour le très grand nombre des personnes déjà traitées, l'une depuis huit mois (Joseph Meister), la seconde depuis plus de qnatre mois (Jean-Baptiste Jupille), et pour la plupart des 350 autres on peut affirmer que la nouvelle méthode a fait ses preuves.

Son efficacité peut se déduire surtont de la connaissance des moyennes des cas de rage après morsure rabique. Les ouvrages de médecine humaine et de médecine vétérinaire fournissent, à cet égard, des indications pen concordantes, ce qui se comprend aisément si l'on se reporte à ce que je disais tout à l'heure, du silence gardé très souvent par les familles et par les médecins sur l'existence des morsures par chiens enragés, et même sur la nature de la mort, désignée, parfois sciemment, sous le nom de *méningite*, quand on eait bien qu'elle est due à la rage.

On comprendra mieux la difficulté d'établir de bonnes statistiques par le fait suivant : le 14 juillet 1885, cinq personnes ont été mordues successivement par un chien enragé, sur la route de Pantin. Toutes ces personnes sont mortes de la rage. M. le docteur Dujardin-Beaumetz a fait connaître au conseil de salubrité de la Seine, par ordre de M. le préfet de police, les noms, les circonstances des morsures et de la mort de ces cinq personnes. Qu'une telle série entre dans une statistique, la proportion des morts aux cas de morsure s'élèvera. Elle sera diminuée par une série semblable où, au contraire, sur cinq personnee mordues, il n'y aurait pas eu nne seule mort.

J'aurais plus confiance dans les statistiques suivantes : M. Leblanc, savant vétérinaire, membre de l'Académie de médecine, qui a longtemps dirigé le service sanitaire de la préfectnre de police de la Seine, a eu l'obligeance de me remettre un document précieux sur le eujet dont je parle. C'est nn relevé officiel fait par lui-même sur les rapports des commissaires de police, ou d'après des renseignements de vétérinaires dirigeant des hôpitaux de chiens. Ce document comprend six annéee. Il porte :

Qu'en 1878, dans le département de la Seine, sur 103 personnes mordues, il y a eu 24 morts par rage;

Qu'en 1879, sur 76 personnes mordues, il y a eu 12 morte par rage;

Qn'en 1880, sur 68 personnes mordues, il y a eu 5 morts par rage;

Qn'en 1881, sur 156 personnes mordues, il y a eu 23 morts par rage;

Qu'en 1882, sur 67 personnes mordues, il y a eu 11 morts par rage;

Enfin, qu'en 1883, sur 45 personnes mordues, il y a eu 6 morts par rage.

Les nombres qui précèdent donnent, en moyenne, 1 mort par rage sur 6 mordus environ.

Mais, pour apprécier l'efficacité de la méthode de la prophylaxie de la rage, il reste une seconde question non moins capitale que celle de la moyenne des cas de morts par rage à la suite des morsure rahiques : c'est la question de savoir si nous sommes snffisamment éloignés de l'instant des morsnres chez les personnes déjà traitées pour ne plns craindre qu'elles prennent la rage. En d'autres termes, dans quel délai la rage après morsure rabique fait-elle explosion?

Les statistiques établissent que c'est surtout dans les deux

mois, c'est-à-dire dans les quarante à soixante jours qui suivent les morsures, que la rage se manifeste. Or, sur les personnes de tont âge et de tont sexe déjà traitées par la nouvelle méthode, 100 ont été mordues avant le 15 décembre, c'est-à-dire depuis plus de deux mois et demi. La seconde centaine a plus de six semaines et deux mois de morsure. Pour les 150 antres personnes traitées on en traitement, tout se passe, jusqu'à présent, comme pour les 200 premières.

On voit, en s'appuyant sur les statistiques les plns rigoureuses, quel nombre élevé de personnes ont été déjà soustraites à la mort.

La prophylaxie de la rage aprés morsure est fondée.

Il y a lieu de créer un établissement vaccinal contre la rage.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Pathogénie des maladies infectieuses : microbes, ptomaïnes et leucomaïnes; par M. le docteur F. de Ranse, membre correspondant de l'Académie de médecine (1).

Je demande à l'Académie la permission d'appeler un instant son attention sur quelques points de pathologie générale que soulève la discussion actuelle sur les microbes et les ptomaïnes. Je dois déclarer tout d'abord que je ne viens attaquer ni défendre aucune école, aucune doctrine; mon bnt plus modeste est de dégager, en les précisant, certainee inconnues du grand problème de pathogénie qui s'agite de nos jours, inconnues dont la recherche appartient aux expérimentateurs, et dont la solution intéresse an plus haut degré la prophylaxie et la thérapeutique des maladies infectieuses.

Avec le nombre chaque jour croissant des microbes que l'on découvre dans les produits pathologiques et auxquels on attribue une action pathogéniqne, la classe des maladies infectieuses tend incessamment à s'accroître et en même temps à se transformer, en se rapprochant de plus en plus de celle des maladies parasitaires avec laqnelle d'aucuns n'hésitent plus á l'identifier. Dans le langage usuel, microbes et parasites, maladies bactériennes, microbiennes et maladies parasitaires sont devenus des termes à peu près synonymes; tout au plus distingue-t-on entre eux la différence qui sépare le terme générique du terme spécifique, et l'on arrive ainsi à une simple variété de parasitisme, le *parasitisme microbique*, expression employée à différentes reprises, dans sa dernière communication, par notre éminent collègue M. Verneuil.

Qnoi qu'il en soit de ces nuances, l'idée générale que l'on se fait du microbe pathogène est celle d'un organisme vivant, ayant son individualité propre, sa lignée indéfinie d'ascendants lui ayant transmis ses caractères spécifiques qu'il transmettra à son tour à sa descendance; offrant une assez grande résistance par lui-même ou par ses spores aux causes de destruction; pouvant, à l'instar des graines, conserver pendant fort longtemps, dans des milieux indifférents, sa vitalité et son aptitude à se développer; contenu et charrié incessamment à cet état par les milieux qui nous entourent, atmosphère, eau, sol, etc.; attendant enfin l'occasion où l'économie vivante, par suite d'une prédisposition, d'nn trauma, d'nne circonstance qnelconque, lni offre et réalise pour lui un milieu favorable à son développement. Alors le microbe se fixe, se nourrit, se développe, se reproduit, pullule aux dépens de l'être qui l'a reçu, qui est devenu sa proie, son véritable terrain de culture, et, par ces divers actes, il engendre chez ce dernier une maladie. Cette maladie est toujours la même ponr le même microbe, si bien que la *spécificité* d'une maladie a essentiellement pour terme corrélatif l'*espèce* du microbe à l'action duquel elle doit ou peut être attribuée.

Cette manière de concevoir le rôle pathogénique des microbes, dans les maladies infectieuses, admet implicitement comme démontrées deux choses : 1o La fixité des espèces de microbes pathogènes; 2o un mode d'action uniforme de leur part pour produire la maladie. Je laisse à dessein de côté l'origine de ces microbes, sur laqnelle il y a beaucoup à dire. Tenant à bien circonscrire ma communication, je limite à ces deux points les quelques réflexions que je désire soumettre à l'Académie.

I. *Variabilité des espèces chez les microbes*. — Et d'abord quel est le degré de fixité de l'espèce chez les microbes pathogènes? *A priori*, et avec les idées de transformisme qui dominent dans l'état actuel de la science, il est permis de penser que cette fixité ne saurait être trés grande chez des êtres si rudimentaires, qui constituent comme le premier pas du protoplasma amorphe vers une organisation définie. Mais voyons ce que dit, ce qne montre l'expérimentation.

Les microbes pathogènes nous sont connus ou révélés par leurs caractères morphologiquee, par la manière dont ils se comportent en présence de certains réactifs colorants, par les prodnits chimiques qu'ils engendrent, par les phénomènes physiologiques ou pathologiques qu'ils prodnisent chez les animaux auxquels ils sont inoculés. Examinons rapidement ce qu'il y a de stable ou de variable dans ces divers caractères.

En ce qni concerne la morphologie, tout le monde sait combien elle est variable pour une même espèce de microbes: « Le même micro-organisme, dit M. Cornil dans son Traité de bactériologie, revêt des formes diverses pendant son développement, de telle sorte qu'il se présente comme un coecus, un bâtonnet, un filament ou une spirale, dans les états successifs de son accroissement. »

Klebs voit, dans ces variations de forme, les effets d'une génération alternante à laquelle seraient sonmis bon nombre de microbes. Elles tiennent vraisemblablement, d'une manière plus générale, aux conditions de milien et par suite de nutrition dans lesquelles ils sont placés. Il en résulte des difficultés à peu près insurmontables, du moins jusqu'à présent, pour classer ces micro-organismes, difficultés dont on peut se rendre compte par les différentes classifications déjà proposées, et dont aucune, même celle qu'il adopte, ne satisfait l'esprit de M. Cornil.

Cette grande variabilité morphologique des microbes constitue une première présomption en faveur de la transformation ou de la mutabilité des espèces. Elle se poursuit d'ailleurs dans les autres caractères. Les mêmes conditions de milieu et de nutrition, qni font varier la forme, entraînent des modifications concomitantes dane la coloration de certains microbes par tel réactif, dans la nature des produits chimiques qu'ils engendrent. Par exemple, il est telles bactéries qui ne

(1) Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 2 mars 1886.

se colorent pas par la même substance, suivant qu'elles sont prises dans le sang ou dans un bouillon de culture. Il en est telles autres qui produisent des ptomaïnes différentes suivant qu'elles sont cultivées sur de la chair de mammifère ou sur de la chair de poisson (Brieger). Je ne fais qu'indiquer ces points en passant et j'arrive à celui qui me paraît le plus important: la variabilité des caractères pathogéniques.

La difficulté de classer les microbes d'après leur forme a engagé certains bactériologistes à les classer d'après leur action pathogénique. Tous d'ailleurs, si je ne me trompe, divisent les microbes en deux grandes classes : les microbes pathogènes et les microbes non pathogènes. Il résulte de là que cette action pathogénique est considérée comme un caractère spécifique, primitif, primordial, essentiel, en un mot, de certains microbes. Dès l'origine de leur espèce, dont on ne saurait assigner l'époque, ils ont été, puis sont restés, et resteront, dans la suite des temps, pathogènes, et la maladie qu'ils engendrent est toujours la même.

Cette manière de voir de la plupart des bactériologistes me semble contredite par leurs propres expériences. Qu'est-ce, en effet, que l'atténuation des virus, sinon la diminution progressive, pouvant aller jusqu'à la suppression complète, de la propriété pathogénique du microbe en expérience? Ainsi voilà une culture de microbes en pleine virulence. On fait agir sur elle de simples agents physiques, l'oxygène de l'air (Pasteur), la chaleur (Toussaint et Chauveau), la lumière solaire (Arloing), et l'on arrive graduellement à rendre ces microbes inoffensifs pour les animaux qu'ils tuaient auparavant. Mais, de plus, ces mêmes microbes transmettent à des générations successives le degré d'immunité qu'ils ont acquis. Supposez donc qu'on prenne un de ces microbes au moment où il a perdu toute virulence, et où il peut devenir la souche de plusieurs générations de microbes inoffensifs comme lui : quelle sera sa caractéristique? Et, si on le soumet à l'examen d'un histologiste qui ignore sa provenance et les manipulations dont il a été l'objet, sur quelle base celui-ci s'appuiera-t-il pour le classer, et dans quelle classe l'inscrira-t-il?

Ce n'est pas tout : on peut rendre au descendant de ce microbe qu'on a dépouillé de sa virulence l'action pathogénique de son ancêtre. Voici, par exemple, le microbe du rouget du porc, qu'on a inoculé à un lapin, dans le sang duquel on l'a repris pour en faire des cultures. Il a perdu sa virulence pour le porc. On l'inocule en séries successives à des pigeons et, dans le milieu que lui fournit l'économie de ces animaux, il recouvre sa virulence première et redevient mortel pour le porc auquel il est inoculé.

Ainsi, l'on peut, par l'action des agents physiques ou des milieux de culture, enlever et restituer à volonté leur virulence à des générations successives de microbes pathogènes. Cette virulence, cette propriété pathogénique, ne constitue donc pas un caractère essentiel de leur espèce ; elle en est un caractère secondaire, contingent; pour d'autres espèces, elle pourra n'être plus qu'un épisode transitoire, éventuel, car on conçoit tout aussi bien un microbe inoffensif devenant accidentellement pathogène, qu'un microbe devenant expérimentalement, c'est-à-dire accidentellement inoffensif.

Cela posé, pourquoi la nature ne réaliserait-elle pas ce que nous pouvons obtenir dans nos laboratoires? Je prendrai, comme exemples, ceux qui ont été déjà cités dans cette discussion.

Voilà une armée en campagne. A la suite de marches forcées, de privations, et sous l'influence d'un encombrement qu'on n'a pu éviter, le typhus éclate au milieu des troupes. Doit-on admettre que le microbe typhigène préexistait là depuis un temps indéterminé et qu'il attendait, pour se développer, l'arrivée et la concentration plus qu'éventuelles de ces troupes? Ou bien les soldats ont-ils transporté eux-mêmes cet agent, triste et fatal compagnon de route autrement redoutable que l'ennemi qu'ils sont venus combattre? Avec la doctrine parasitaire, l'une ou l'autre de ces deux hypothèses s'impose. Or, ni l'une ni l'autre ne satisfait en réalité l'esprit. Faut-il admettre dès lors la génération spontanée de ce microbe typhigène? Pas davantage. Le typhus n'éclate pas en général brusquement; il est, comme beaucoup de maladies épidémiques, précédé d'une constitution médicale qui trahit déjà l'influence dont les effets s'accentuent chaque jour davantage. Avant le premier cas de typhus nettement confirmé, on a observé nombre d'autres cas où il était simplement soupçonné; puis les présomptions ont grandi jusqu'au jour où le doute n'est plus devenu possible. Or, dans cette série successive de cas, les malades ont offert à tel microbe, d'ailleurs plus ou moins inoffensif, des milieux de culture où il a acquis des propriétés nocives. Cette nocivité est allée en augmentant de malade à malade, c'est-à-dire de culture en culture, jusqu'au moment où le typhus s'est enfin développé avec tout son cortège symptomatique et toute sa gravité; alors le microbe a atteint aussi son plus haut degré de virulence, il est devenu typhigène.

Les conditions sanitaires des troupes s'améliorent; l'encombrement a disparu et fait place à une sage dissémination des malades et des soldats. Les milieux de culture deviennent de moins en moins propres à l'activité pathogénique du microbe; il perd graduellement sa nocivité acquise; les agents physiques aidant, il redevient inoffensif.

En quoi, messieurs, cette relation diffère-t-elle de celle de l'expérience de laboratoire sur le rouget du porc? Ici nous voyons un microbe pathogène perdre puis recouvrer sa virulence; là un microbe inoffensif acquérir la virulence puis la perdre. Le phénomène est sans doute inverse, mais ne change pas de nature, et il se comprend aussi bien dans un cas que dans l'autre.

L'exemple du microbe de la pneumonie, que nous portons impunément dans notre salive, celui de l'accouchée de M. Le Fort, qui a été le point de départ d'une épidémie de fièvre puerpérale, me conduiraient à des considérations analogues. Le microbe dont a parlé M. Cornil, pris à l'état normal dans la salive et sans qu'il ait traversé un foyer pneumonique, donne-t-il la pneumonie infectieuse aux animaux auxquels on l'inocule? Pense-t-on, de même, que les microbes contenus dans le pus de la fistule, chez la malade de M. Le Fort, auraient transmis la fièvre puerpérale avant de puiser une activité nouvelle et comme spécifique dans le foyer septico-puerpéral de cette malade? Je me borne, pour ménager les instants de l'Académie, à poser ces questions.

Il ressort de ce qui précède que tout tend à démontrer la variabilité des espèces chez les microbes et, pour une même espèce, la contingence de certains caractères, entre autres de leur action virulente ou pathogénique. Ceci permet de comprendre la spontanéité morbide, c'est-à-dire l'éclosion, sous l'influence de causes banales et d'une déviation des actes nutritifs, d'une maladie infectieuse qui devient ensuite transmissible. On n'est plus acculé entre les deux termes de ce dilemme d'après lequel on serait forcé d'admettre ou la

préexistence et la panspermie des microbes pathogènes, on leur génération spontanée. Il suffit de savoir qu'un microbe inoffensif, banal, physiologique peut, en se développant dans tel foyer morbide, subir des modifications dans quelques-uns de ses caractères, sinon une véritable transformation de son espèce, et devenir l'agent de transmission de la maladie de l'organisme d'où il émane.

J'arrive au second point de ma communication.

II. — *Mode d'action des microbes pathogènes.* — L'assimilation des microbes pathogènes aux parasites a pour conséquence, ai-je dit, de faire admettre pour tous ces micro-organismes un mode d'action uniforme. Sans doute chacun d'eux choisit le milieu qui lui est le plus propice. L'un reste à la surface des téguments et se cantonne dans une partie plus ou moins circonscrite de la peau, du cuir chevelu, par exemple. Un autre élit domicile à la surface de telle muqueuse. Il en est qui ne rencontrent leur milieu d'élection que dans la profondeur et l'intimité de nos tissus, de nos humeurs, et attendent qu'une voie leur soit ouverte par un trauma ou le travail préalable d'autres microbes. Là, les uns évoluent et se disséminent rapidement; les autres forment des colonies qui se localisent en un point, et restent silencieux pendant des mois et des années, jusqu'au jour où des conditions nouvelles leur permettent de prendre leur essor et d'envahir d'autres points de l'économie. Ces différents cas ne font que traduire la tendance de chaque microbe à se fixer et à se développer dans le milieu qui lui convient le mieux. Mais, une fois qu'il a atteint ce milieu, comment agit-il?

Il y a près de vingt ans, alors que la bactériologie était pour ainsi dire à ses débuts, et que le mot *microbe* n'était pas encore créé, je m'étais posé cette même question dans un travail que j'ai eu l'honneur, à cette époque, d'offrir à l'Académie (1), et j'avais été conduit à cette conclusion : que les micro-organismes qui envahissent l'économie vivante peuvent, ou se comporter comme de véritables parasites, c'est-à-dire agir par leur présence, leur développement, leur multiplication aux dépens des tissus et des humeurs de leur hôte, ou agir comme des poisons par les principes toxiques qu'ils engendrent. « De même, disais-je, qu'on rencontre un venin mortel chez des animaux supérieurs et des poisons non moins énergiques dans les sucs de certaines plantes, de même on comprend que certains microzoaires ou microphytes soient nuisibles moins par leur propre présence que par les propriétés de la substance qui les constitue ou plutôt des produits qu'ils sécrètent, en un mot qu'ils agissent comme de véritables principes toxiques. » (1).

Ce que j'émettais en 1868 comme une simple induction est confirmé expérimentalement par les belles recherches de M. Gautier et de Selmi. Tout le monde reconnait aujourd'hui que, dans une foule de cas, la simple multiplication des microbes ne saurait donner la raison des lésions ni des phénomènes observés, et qu'il faut faire intervenir, pour comprendre ces lésions, ces phénomènes, l'action toxique des produits engendrés par ces microbes.

Voilà donc deux manières de comprendre le rôle des microbes pathogènes, qui établissent déjà une première division dans les maladies infectieuses qu'ils produisent, les unes se rapprochant des maladies parasitaires, les autres des intoxications.

Mais les remarquables travaux de M. Gautier nous montrent en outre des maladies infectieuses pouvant naître et se développer sans l'intervention de microbes pathogènes, par une simple déviation des actes nutritifs, par une élimination incomplète des leucomaïnes qui se forment incessamment sous l'action de la vie intime des cellules, des éléments anatomiques constituant nos tissus, nos organes. A ces leucomaïnes s'ajoutent, sans doute, des ptomaïnes engendrées par les microbes que nous recélons en nous, et qui concourent, dans une certaine mesure, à l'accomplissement des actes physiologiques. On a vu plus haut comment la maladie infectieuse ainsi engendrée peut devenir transmissible, en fournissant à certains microbes des milieux propres à modifier leurs caractères et à leur donner des propriétés pathogéniques qu'ils ne possédaient pas auparavant.

Les maladies infectieuses ne constituent donc pas une classe uniforme, homogène, comme tend à le faire admettre la doctrine parasitaire. Pour les uns, le microbe pathogène semble bien, en effet, se comporter comme un véritable parasite; mais pour les autres, il agit plutôt comme facteur d'une substance toxique; pour d'autres enfin, sa préexistence et son intervention ne sont pas nécessaires.

Résumé et conclusions.—Ainsi, messieurs, que l'on envisage dans les microbes pathogènes, soit la mutabilité des espèces ou tout au moins la variabilité des caractères d'une même espèce, soit la différence de leur mode d'action sur l'économie vivante, on est conduit à cette conclusion : qu'une doctrine parasitaire exclusive ne saurait rendre compte de la genèse de toutes les maladies infectieuses. La part respective à faire, dans cette genèse, aux microbes, aux ptomaïnes et aux leucomaïnes est à peine à l'étude, et il est sage d'attendre les résultats de recherches plus complètes, plus approfondies, pour édifier un corps de doctrine.

En attendant, la discussion, en quelque sorte préliminaire, qu'ont soulevée les travaux de M. Gautier ne restera pas stérile. Il n'est pas indifférent, en effet, pour la prophylaxie et la thérapeutique des maladies infectieuses, de savoir si ces maladies proviennent toujours et fatalement d'un microbe pathogène, c'est-à-dire d'un *agent extérieur*, ou si, pour employer l'expression convenue, certaines d'entre elles peuvent se développer *spontanément*. Dans le premier cas, l'agent extérieur joue le rôle principal, et l'être vivant, c'est-à-dire le terrain, un rôle secondaire; dans le second, le terrain est tout.

Il n'est pas indifférent non plus de savoir, alors que la maladie procède d'un microbe pathogène, si ce microbe agit, à la façon des parasites, par sa multiplication, sa pullulation, ou s'il doit surtout sa nocivité aux produits toxiques qu'il engendre. Dans les deux cas, sans doute, la prophylaxie est la même, et l'on doit avant tout s'opposer à l'invasion de l'économie par le microbe; mais, une fois que cette invasion a eu lieu, dans le premier cas, on n'a plus qu'à soutenir les forces de l'organisme dans sa lutte avec le microbe, que quelques-uns ont en la vaine prétention d'atteindre directement; dans le second cas, on a une ressource de plus, ressource qui n'est pas à dédaigner, celle de neutraliser les effets des produits toxiques, des ptomaïnes, ou d'en assurer et d'en faciliter l'élimination.

(1) *Du rôle des microzoaires et des microphytes dans la genèse, l'évolution et la propagation des maladies.* Paris, 1868-1869.

(1) *Loc. cit.*, p. 105.

An point de vue des recherches de laboratoire, la même discussion n'offre pas nn moindre intérêt. Jusqu'à présent, le programme des bactériologistes semble s'être principalement, sinon exclusivement concentré sur les recherches ayant pour hnt de découvrir les microbes dans les produits morbides, de les cultiver, les isoler, les inoculer à des animaux pour voir s'ils reproduisent la maladie de l'individn d'où ils proviennent, enfin d'atténuer leur virulence pour lss transformer en vaccins. Ce programme, des plus intéressants eane donte, demande à être étendn. On devra d'abord étudier les microbes en euxmêmes et pour eux-mêmes, c'est-à-dire établir leur histoire naturelle, aussi complète que possible, comme on l'a fait pour les étree supérieurs. On aura ainsi snr leurs genres, leurs espèces, leurs variétés et leurs différentee transformations, des notione qui nous font encore défaut.

La nature et les variations, suivant les milieux où les microbes se développent, dee ptomaînes qu'ils engendrent, devront fairs l'objet d'une étude particulière. Quelle part revient aux ptomaînee dans l'action pathogéuique de chacun d'eux? Les recherches ébauchées à ce sujet pour la septicémie par MM. Jeannel et Laulanié devront être reprises et poursuivies sur une vaste échelle.

L'étude des conditions propres à modifier cette action pathogénique des microbee devra fixer tout epécialemont l'attention des bactériologistes. Comment doit-on comprendre l'atténuation des virus? Agit-on en diminuant la vitalité du microbe pathogéne, sa force de developpement et de reproduction, comme tendraient à le faire supposer les récentes recherches de M. Arloing sur l'atténuation du *bacillus anthracis* par la lumiére solaire (1). Est-ce en modifiant les produits toxiques qu'il engendre? Apporte-t-on nne modification plus profonde dans les caractéres de l'espèce, comme il semblerait résnlter de l'atténuation dn microbe du rouget dn porc qui, en perdant sa virulence à la suite de son passage dans l'organisme du lapin, change conaurremmsnt de forme?

La restitution de la virulence aux microbes qui l'ont perdue expérimentalement conduit tout naturellement à rechercher si les microbes ne penvent acquérir une virulence qu'ils ne possèdent pas originellement; il y a là tonte une donnée d'expériences nouvelles à entreprendre.

Je pourrais multiplier les questions dont la solution est nécessaire pour asseoir sur des bases solides nos conceptions doctrinales. Mais je n'ai pas la prétention de tracer un programme complet d'expérimentation. Il me suffit, comme je me l'étais proposé en prenant la parole, d'avoir dégagé quelques inconnues, de les signaler aux expérimentateurs, et je m'estimerai heureux si j'ai pu ainsi inspirer à quelqu'un d'entre eux l'idée de recherches nouvelles et fécondes.

REVUE D'HYDROLOGIE

(Suite. — Voir le numéro 9.)

Les eaux minérales d'Auvergne, leur passé, leur avenir, par le docteur Frédet, 1884 (37 pages).

Exposé très intéressant et très méthodiquement composé, dans une conférence faite à l'Académie de Clermont-Ferrand.

M. Frédet remarque qne, depuis les premières analyses faites, la température et le débit des eources minérales de l'Auvergne n'ont pas varié, et qu'il n'a pas été constaté non plus de variations dans leur minéralisation, sauf cependant, je suppose, ce qui a dû résulter des perfectionnements apportés aux procédés d'analyse. C'est en Auvergne principalement qns l'on a trouvé, dans l'arsenic et la lithine, des éléments nouveaux à introduire dans la composition des eanx minérales.

Les travaux analytiques lee plus anciens que mentionne M. Frédet sont ceux de Berthier et de Michel Bertrand, en 1823.

Plages et stations hivernales de la France. — Villes d'eaux de l'étranger, par le doctenr Bardet et Macquarie, 1885 (339 pages).

Ceci est un *guide*, qui n'a pas de grandes prétentions médicales, mais qui renferme précisément tont ce qui ne serait pas à sa place dans une œuvre de caractère scientifiqne. Un premier volume avait trait aux stations thermales françaises, et celui-ci comprend les plages et les stations hivernales, ainsi que les stations thermales étrangéree.

Ce qui concerne les plages et les bains de mer est trés complet, et renferms toutes sortes de renseignements qui sont d'une nécessité journaliére, et qn'on chercherait vainement ailleurs.

Etude expérimentale sur l'action physiologique des eaux d'Uriage, par le docteur Berlioz. Deux notes : 1884, 8 pages, et 1885, 5 pages.

Il convient de s'arrêter nn peu longuement sur ces deux simples notes, car leur brièveté ne permet guére de les désignsr autrement.

Les tentatives faites récemment auprès de quelques stations pour déterminer l'action des traitements thermaux sur les phénomènes afférents à la nutrition se multiplient. Il y a là une tendance scientifique à laquelle il y a lieu d'applaudir. Parmi les manifestations des états diathésiques, on a attribué une juste importance aux modifications observées dans lee urines, ce liquide excrémentitiel nous offrant un miroir où se reflètent, sinon d'une manière complète, du moins avec une fidélité apparente, les modifications survenues dans l'acte complexe de la nutrition. Il paraît naturel de rechercher pareillement, dans l'urine, des témoignages de l'influence qus peuvent exercer, sur la nutrition, les eaux minérales que l'on a le plus de raison de considérer comme des médications diathésiques. Mais il me paraîtrait sage aussi de considérer les résultats de ces recherches comme des matériaux d'étude et de renvoyer à plus tard les conclusions qu'on eerait tenté d'en tirer.

M. Berlioz a expérimenté sur lui-même l'action des eaux d'Uriage (chlorurées sodiques, sulfurées), soit en boisson, soit en bains, soit sous forme de douches écossaises.

Il a vu, sous l'influence de la boisson (1 litre par jour), l'urée s'élever de 7 gr. 12 par jour; la quantité de l'urine accrue de 968 c. c.; — sous l'influence du bain, l'urée s'élever de 5 gr. 15; la quantité de l'urine accrue de 100 c. c. Une seule observation, prise sur un individu *manifestement* arthritique, migraines,

(1) *Lyon médical*, 1886, nos 7 et 8.

obésité, etc., a fourni des résultats semblables. Résultats négatifs par la douche écossaise.

M. Berlioz conclut de tout ceci, que les eaux d'Uriage, étant un stimulant de la nutrition, se trouvent indiquées dans les maladies caractérisées par un ralentissement de la nutrition, ainsi : obésité, lithiase biliaire, goutte, gravelle, etc., en outre de la scrofule, qui est la spécialisation classique d'Uriage. Il se base naturellement sur les belles études de M. Bouchard sur les *maladies par ralentissement de la nutrition*.

Comme il faut se défier des formules simples, alors qu'il est question des phénomènes d'une complexité si souvent insaisissable qui sont relatifs aux choses de l'organisme ! Les diathèses témoignent d'une nutrition ralentie. Les eaux d'Uriage accélèrent la nutrition (l'assimilation). — Voici deux termes effectivement très simples. Et nous trouvons ainsi accolés, pour leur pathogénie comme pour leur traitement, des *états* qui se montrent absolument dissemblables, si ce n'est contradictoires, à quelque point de vue de l'étiologie, de la pathologie, de l'hygiène et de la thérapeutique qu'on se place.

Je n'ajouterai qu'une remarque : c'est qu'il conviendrait au moins que la clinique vînt dire son mot dans cette affaire.

Influence des eaux de Saint-Honoré sur la capacité vitale et la sécrétion urinaire. — Climat de la station, par le docteur Binet, 1885, 47 pages.

La mensuration de la capacité pulmonaire, dans les affections des voies respiratoires, à l'aide du spiromètre de Phœbus, montre que l'augmentation de la capacité vitale est obtenue dans l'ordre suivant, en procédant du plus au moins :

Bronchite spasmodique ;
— emphysémateuse ;
— à râle crépitant ;
— simple ;
Phthisie.

Ce résultat, qui paraît constant dans les diverses formes de bronchite, fait souvent défaut dans la tuberculose pulmonaire. L'augmentation de la capacité pulmonaire est en raison directe de l'amélioration obtenue dans l'état local. Le maintien du chiffre spirométrique primitif indique l'inefficacité du traitement.

La proportion de l'urée augmente en général au début du traitement, pour diminuer à la fin. M. Binet attribue ceci à l'action du soufre d'abord (principe excitant), ensuite à l'action de l'arsenic (principe anti-déperditeur).

« Les eaux de Saint-Honoré ont une action anti-déperditrice très nette, très énergique, précédée, dans la majorité des cas, d'une période d'excitation très intense. »

« Le climat de Saint-Honoré est un climat de plaine modifié par le voisinage des montagnes. Il y fait chaud le jour ; la fraîcheur de la nuit permet le repos pendant les grandes chaleurs. Il n'y a pas là les inconvénients des stations situées à une grande altitude et de ces modifications brusques, si pernicieuses, de la température. »

Recherches expérimentales sur l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales, par le docteur Ch. Bovet, 1885, 16 pages.

Ces recherches, qui ne concernent que l'eau de Pougues, ont pour objet les modifications présentées par l'urine, suivant que les eaux ont été prises à dose faible, moyenne ou élevée, en boisson ou en bains. Ce sont là des observations qu'il faut encourager et qui demandent à être continuées avec persévérance. Il est difficile de prévoir la signification que fournirait leur comparaison, si elles étaient poursuivies suivant une même méthode près d'eaux minérales de différente nature. Et encore faudrait-il tenir compte, dans le tableau que la composition de l'urine nous apporte de la manière dont s'opère la désassimilation des tissus, des changements survenus dans la diète, les habitudes, le genre de vie, en un mot.

Note sur quelques indications thérapeutiques de Royat, par le docteur Frédet, 1885, 23 pages.

Ce travail, très fourni dans sa concision, comprend les sujets suivants :

Diabète et diabétides ; — vaginisme ; — varices ; — anémie, lymphatisme, adénites des enfants ; — maladies des voies respiratoires.

Quelques points me paraissent devoir être signalés.

Les diabétides, eczéma, érythème, prurit, herpès, principalement du gland et du prépuce chez l'homme, des grandes et des petites lèvres chez la femme, sont avantageusement modifiées et souvent guéries par le traitement interne et externe de Royat.

M. Frédet a vu souvent l'hyperesthésie vulvaire (vaginisme), essentielle ou d'origine inflammatoire, calmée par le bain prolongé, et surtout par le bain et la douche de gaz carbonique. Sur ce dernier point, la douche vulvaire de gaz carbonique, ma propre observation n'est point conforme à celle de M. Frédet. J'ai vu trop souvent la douche de gaz carbonique, adressée à la région vulvaire, en dehors de vaginisme proprement dit, augmenter l'hyperesthésie, pour ne pas accueillir avec quelques réserves les résultats annoncés.

Relativement aux varices, le bain de Royat agit puissamment comme fondant et résolutif sur les engorgements et les indurations qui les accompagnent. Les bicarbonatées sodiques simples, comme Vichy, ont les mêmes effets. Nous manquons d'éléments de comparaison entre ces deux médications. C'est sans doute de l'état général du sujet que doit dépendre l'indication de l'une ou de l'autre.

Relativement aux maladies respiratoires, voici comment s'exprime M. Frédet :

« Royat, par sa tradition, son climat, la composition chimique de ses eaux (Eme française), par ses méthodes de traitement et par l'expérience clinique de chaque année, est indiqué dans la thérapeutique des maladies des voies respiratoires d'origine arthritique ou catarrhale, surtout quand les individus qui en sont atteints présentent en même temps de l'anémie générale.

« Ses eaux ont une action sédative anticongestive et résolutive sur tout processus inflammatoire des organes de la respiration.

« Par son altitude moyenne (400 mètres), il n'expose pas les malades qui y séjournent à ces variations atmosphériques subites et à ces brusques refroidissements qui leur sont si funestes. »

Ceci vise directement le Mont-Dore. Mais, sans parler de la *tradition*, qui est bien plutôt le fait de cette dernière station, le Mont-Dore possède, et c'est là ce qui fait sa spécialité, sur les tuberculoses irritatives une action hyposthénisante que je doute que l'on retrouve également à Royat. Mais ce n'est qu'un doute que je veux exprimer sur ce sujet.

Max Durand-Fardel.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par le docteur Legrand du Saulle, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et le docteur Gabriel Pouchet. Deuxième édition entièrement refondue, avec 9 figures dans le texte et 2 planches. — Paris. Ad. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs. 1886.

Le docteur Legrand du Saulle, dont l'activité scientifique est plus que jamais féconde, et qui a particulièrement consacré à la médecine légale une série de travaux remarquables que nous n'avons pas à rappeler ici, car ils sont connus de tous, vient de publier une deuxième édition, entièrement refondue, de son *Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie*. Cet ouvrage, de près de 1,700 pages, véritable monument élevé à la science médico-légale par un de ses représentants les plus autorisés, peut être considéré, tant par son importance matérielle que par la somme considérable de matériaux qu'il renferme, comme le couronnement de l'édifice scientifique de son auteur. Par un sentiment de délicatesse auquel on ne peut que rendre hommage, M. Legrand du Saulle a tenu à associer au mérite de son œuvre les noms de M. Georges Berryer, son gendre, et du docteur Gabriel Pouchet, qui ont été ses collaborateurs, l'un pour la partie juridique, l'autre pour la partie relative à la toxicologie.

L'écueil à redouter, dans un livre de cette envergure, vaste compendium où se trouvent accumulées les questions si nombreuses et si diverses qui constituent le domaine de la médecine légale, était avant tout la confusion du texte, le défaut d'ordre et d'enchaînement dans la succession des sujets traités. M. Legrand du Saulle a su éviter cet écueil en adoptant un classement simple et logique qui donne à son œuvre un caractère suffisamment méthodique, et permet au lecteur de se reconnaître aisément dans les divisions qui le composent. Voici, du reste, comment l'auteur lui-même parle, dans sa préface, de l'ordre qui a présidé à ces descriptions et comment il en expose la substance :

« Un plan d'une logique implacable a beaucoup servi mes desseins et secondé mes efforts. J'ai pris l'homme à son berceau, je l'ai étudié pas à pas, âge par âge, dans toutes les étapes de la vie, et je l'ai suivi jusqu'à sa mort, jusqu'aux recherches cadavériques, jusqu'à l'analyse posthume du terrain en contact avec ses derniers restes presque disparus. J'ai été amené de la sorte à étudier successivement les grandes questions suivantes : naissance, enfance, puberté, service militaire ; mariage ; séparation de corps, divorce ; grossesse ; avortement ; accouchement ; infanticide ; attentats aux mœurs ; coups, plaies, blessures, homicide ; suicide, différents genres de suicide, folie suicide ; questions médico-légales relatives aux aliénés en général ; névroses spéciales et maladies mentales ; maladies simulées, dissimulées ou communiquées ; identité ; vieillesse, agonie, mort ; empoisonnement ; jurisprudence médicale ; exercice professionnel ; déontologie médicale ; toxicologie. »

Bien que, à vrai dire, ce plan ne réponde pas à la vérité absolue, en ce sens que certains des sujets traités comme les attentats aux mœurs, les coups et blessures, les névroses et maladies mentales, etc., n'appartiennent pas en propre à une période déterminée de la vie, mais sont communes à plusieurs, il n'en est pas moins vrai que, tel qu'il est, il semble avoir pour lui une certaine logique, et, en tout cas, qu'il simplifie de beaucoup les divisions de l'ouvrage.

Au premier abord, on peut être surpris de voir par exemple les questions relatives à l'aliénation mentale qui, dans la plupart des traités classiques, occupent une partie absolument distincte de l'ouvrage, être disséminées ici un peu partout, suivant les périodes de l'existence auxquelles elles correspondent. Mais, en y réfléchissant, on voit qu'il est en effet plus avantageux, à certains points de vue, d'avoir affaire à une division de ce genre et de trouver réunis dans un même chapitre tous les points de médecine légale, psychopathologiques ou autres, qui se rattachent à un âge déterminé.

Cela n'a pas empêché du reste M. Legrand du Saulle, comme on le pense bien, de traiter à part, avec tous les détails qu'elles comportent, les questions relatives aux aliénés en général, aux névroses spéciales et aux affections cérébrales. On trouve condensées là, en trois cents pages pleines d'intérêt, la plupart des opinions défendues par l'auteur dans ses précédentes monographies, et particulièrement dans celles consacrées à l'interdiction des aliénés, aux testaments contestés pour cause de folie, à la médecine légale des épileptiques et des hystériques.

Il me serait difficile, on le comprend, d'analyser avec quelque détail une œuvre aussi considérable, qui demanderait autant d'analyses distinctes qu'elle comprend de sujets traités ; quelques-uns d'entre eux ayant à eux seuls, en effet, l'importance d'un véritable volume. Je crois, du reste, en avoir assez dit pour montrer quelle en est la valeur et la haute portée scientifique.

S'il m'était permis, en terminant, de formuler une légère critique, purement matérielle d'ailleurs, au sujet de ce bel ouvrage, je lui reprocherais l'excès même de sa masse et de son volume. Depuis que nos livres scientifiques tendent à revêtir un format de plus en plus maniable, les volumineux traités, outre qu'ils sont incommodes et encombrants, ne sont pas sans nous causer, à tort ou à raison, quelque appréhension. Il eût peut-être mieux valu, dans ces conditions, faire deux volumes du Traité de M. Legrand du Saulle : la matière y suffisait amplement. L'ouvrage n'y eût rien perdu de ses hautes qualités scientifiques et le lecteur y eût trouvé, je crois, quelque avantage. J'aurais mauvaise grâce à insister plus longuement, du reste, sur un point d'aussi minime importance, et je n'en parle que pour appeler sur lui l'attention de l'auteur dans l'éventualité assurément probable d'une nouvelle et troisième édition.

Dr E. Régis

De la douleur physique et morale au point de vue physiologique et pathologique, par O. Saint-Vel. In-12, 184 pages. Delahaye et Lecrosnier.

La douleur, selon Littré, est une impression pénible et anormale, reçue par une partie vivante et transmise au cerveau. Cette définition n'exclut pas, comme on pourrait le croire tout d'abord, la douleur morale, puisque dans la colère, par exemple, il y a mouvement exagéré de la circulation, et si ce mouvement se prolonge, sensation pénible, de même que dans la crainte, la sensation de malaise sera due à la diminution du flux sanguin. La douleur, comme le plaisir, sert à la conservation de l'individu ; la première indique souvent ce qui est nuisible ; le second, ce qui peut satisfaire. La douleur, en étroite relation avec le perfectionnement du système nerveux, augmente avec

les progrès de la civilisation, et sensibilité et douleur sont plus prononcées chez l'homme supérieur que chez les êtres inférieurs.

Partant de ces données, M. Saint-Vel considère les phénomènes de la sensibité en général. Il fait voir que la sensation de la douleur décroît, de l'atténuation à l'abolition, par suite de la tension ou de l'altération des facultés cérébrales. Il étudie ensuite les modes divers de la douleur dans les névralgies, es viscéralgies, les maladies aiguës et chroniques, les maladies épidémiques: typhus, fièvre typhoïde, peste, choléra, fièvre jaune; les maladies arthritiques, l'irritation spinale, les madies cérébrales, celles des voies respiratoires et des autres organes du corpe; les douleurs des maladies chirurgicales, carie, cancer, etc., et il termine par un excellent chapitre intitulé: *De la douleur morale considérée comme cause de maladie*, dans lequel il pourrait trouver facilement les éléments d'un autre ouvrage, que nous l'engageons à écrire un jour... ce qui indique bien que nous avons lu le premier avec intérêt.

Dr A. Dureau.

REVUE DES THÈSES

Étude sur le régime alimentaire chez les albuminuriques, par Édouard-Ernest Nollet. — Thèse de Paris, 1885.

L'auteur expose d'abord les principales théories qui ont été émises sur la pathogénie de l'albuminurie. Il passe ensuite en revue les albuminuries expérimentales produites par l'injection de matières albuminoïdes. La seconde partie de cette thèse est intitulée : « Du régime alimentaire dans l'albuminurie. » Voici les conclusions de ce travail:

1° Le régime lacté est l'alimentation qui a donné jusqu'à présent les meilleurs effets durant le cours de l'albuminurie;

2° Cette médication n'est pas applicable à toutes les formes et ne peut pas être prolongée trop longtemps, sans exposer le malade à de sérieux inconvénients;

3° L'albuminurique doit éviter les repas abondants; il mangera souvent, mais peu à la fois;

4° On ne peut déterminer d'avance quelle substance animale peut être ingérée impunément par le malade; cela dépend de la susceptibilité individuelle;

5° Le poisson semble favoriser le passage de l'albumine dans l'urine.

Empoisonnement par le gaz d'éclairage. — Recherches sur les propriétés physiologiques du propylène, par Paul Bruneau. — Thèse de Paris, 1885.

Les principaux éléments du gaz d'éclairage sont l'hydrogène bicarboné (éthylène, gaz oléfiant), le protocarbure d'hydrogène (formène, gaz des marais), l'oxyde de carbone, puis des carbures lourds d'hydrogène, tels que l'éthylène et le propylène, des vapeurs de benzine et enfin un peu d'azote, d'oxygène, d'acide carbonique et de vapeur d'eau. D'après les expériences très bien conduites de M. Bruneau, le propylène, dont les effets physiologiques n'avaient pas encore été étudiée, n'est qu'un gaz inerte; sa toxicité est nulle.

On sait depuis longtemps que l'oxyde de carbone, qui est contenu dans le gaz d'éclairage dans une proportion qui varie entre 5 et 13 pour 100, est l'élément vraiment toxique de ce dernier. De nombreuses expériences ont établi que environ 0,50 pour 100 d'oxyde de carbone mélangé à l'air suffisent à tuer les animaux. Les recherches de M. Bruneau, relativement au degré de toxicité de ce gaz, confirment les travaux antérieurs de Fodor, Orfila et Max.

Le mode de pénétration du gaz d'éclairage dans les habitations est longuement étudié dans cette thèse. Le plus ordinairement, ce gaz pénètre dans les appartements peu à peu et sans éveiller l'attention. Dans la majorité des cas d'empoisonnement, il survient une fuite en un point quelconque de la canalisation; le gaz peut ainsi parcourir de longues distances avant de s'emmagasiner dans un espace fermé; lorsqu'il filtre sous le sol, il se débarrasse dans sa marche de quelques-unes de ses parties constituantes, et, perdant de son odeur, il envahit les habitations sans que rien puisse révéler sa présence. Diverses circonstances, telles que la congélation de la superficie du sol, le chauffage des habitations, la haute pression dans les gazomètres, favorisent encore, dans bien des cas, le passage du gaz dans les milieux habités.

L'auteur passe ensuite en revue les symptômes et les lésions de l'empoisonnement par le gaz d'éclairage. Puis, il indique les mesures de prudence et d'hygiène que nécessite l'emploi de ce gaz. Enfin, dans le dernier chapitre de cet intéressant travail, sont étudiés le traitement de l'empoisonnement par le gaz d'éclairage et la conduite du médecin légiste dans les accidents déterminés par ce gaz.

A. D.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

Action de l'aconitine dans les névralgies. — Les propriétés physiologiques si caractérisées de l'aconitine la désignent tout naturellement pour combattre les affections douloureuses et spécialement les névralgies (Gubler, Franceschini, Laborde, Seguin (de New-York), A. Dumas (de Cette), de Molènes).

L'excellent travail publié par le docteur A. Dumas contient des indications précieuses pour l'emploi de cette substance.

« L'aconitine est un médicament énergique, très efficace dans les névralgies faciales congestives surtout, et dans quelques autres névralgies *a frigore*.

« Elle est utile dans les affections catarrhales en général.

« La tolérance existe pour elle comme pour d'autres alcaloïdes, lorsqu'elle est méthodiquement administrée sans qu'on ait à redouter des effets d'accumulation dans l'organisme.

« Elle peut être donnée à des doses très réfractées et convenablement espacées.

« Il convient de commencer par des doses faibles et de n'augmenter que progressivement (1). »

L'aconitine n'est pas seulement utile dans les névralgies; on sait qu'elle rend les plus grands services dans les maladies douloureuses telles que la céphalalgie, la migraine, la pleurodynie, de même que dans les rhumatismes articulaires et les arthrites aiguës. Chez plusieurs malades atteints de ces affections, elle a donné les résultats les plus encourageants.

L'aconitine est un médicament bien défini qui agit chez l'homme d'une manière sûre et régulière; mais à cause de son action énergique, il faut l'administrer à petites doses et largement espacées; on devra aussi s'assurer de la provenance du produit et employer une préparation bien dosée, toujours identique, comme les Pilules Moussette par exemple, dont on a déjà pu vérifier les effets. On évitera ainsi certains inconvénients résultant des origines diverses

(1) Docteur A. Dumas, chirurgien de l'hôpital de Cette : *De l'aconitine; de son emploi dans les névralgies faciales et le tic douloureux; sa posologie.*

de cet alcaloïde et qui ont été signalés par le docteur Desnos à la Société médicale des hôpitaux de Paris. (Séance du 22 octobre 1880.)

Fréquemment, les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués; c'est pour combattre cette complication que le docteur Moussette a composé des pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine pure et du quinium dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

Au début, il sera bon de tâter la susceptibilité du malade, et de commencer le premier jour par faire prendre trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures; on s'en tiendra à cette dose jus qu'à la cessation des douleurs, et, à moins de cas exceptionnels, on ne devra pas aller au delà; s'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

En résumé, les expérimentations faites dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les Véritables Pilules Moussette possèdent une efficacité incontestable, et qu'elles sont employées avec succès dans tous les cas où l'usage de l'aconitine est indiqué.

NOTES & INFORMATIONS

Liberté des funérailles. — Le 18 février, la Chambre des députés a procédé à la première délibération sur la proposition de loi adoptée par le Sénat sur la liberté des funérailles; elle a inséré dans cette proposition de loi l'amendement suivant de MM. de Mortillet et Y. Guyot : « Tout majeur ou mineur émancipé, en état de tester, peut disposer de son corps en faveur des établissements d'instruction publique et des Sociétés savantes. » Adopté par 266 voix contre 197.

— Vaccination obligatoire des ouvriers des ports. — D'après une décision que vient de prendre le ministre de la marine, les préfets maritimes et les directeurs des établissements hors des ports devront dorénavant faire vacciner les ouvriers tous les ans; on commencera par les admis à titre temporaire; ceux qui se refuseront à l'opération seront immédiatement congédiés; on continuera par ceux âgés de moins de quarante-huit à cinquante ans, admis antérieurement et qui ne prouveront pas qu'ils ont été vaccinés depuis dix ans; en cas de refus, ils subiront un abaissement de solde de 50 centimes. Enfin, aucun nouvel agent du personnel ouvrier ne sera admis définitivement dans les arsenaux ou dans les établissements de la marine, avant d'avoir été vacciné ou revacciné par un médecin de la marine, à moins que, sortant de l'armée, il ne prouve qu'il a subi cette opération pendant qu'il était sous les drapeaux.

— Le Conseil municipal de Paris vient de voter une somme de 4,500 francs pour l'établissement d'une statistique complète de l'épidémie cholérique de 1884-1885.

R. F. D.

NOUVELLES

AVIS

MM. les actionnaires de la Gazette médicale de Paris *sont informés que l'Assemblée générale annuelle aura lieu le jeudi 25 mars, à 5 h. ½, au siège social, 85, avenue Montaigne. Conformément aux statuts, le présent avis tient lieu de lettre de convocation.*

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Obédénare (Michel), de Bucharest, ancien interne des hôpitaux de Paris (1864); — de M. le docteur Decorse, de Saint-Maurice (Seine), chirurgien de la Maison nationale de Charenton; — de M. le docteur Jules Weiss (de Nancy), décédé à Paris dans sa soixante et unième année; — de M. le docteur E. Billod, directeur-médecin en chef honoraire de l'asile des aliénés de Vaucluse; — de M. le docteur De Sotomayor, chirurgien-major de première classe en retraite; — de MM. les docteurs Henri Candellé et Labattut, anciens internes des hôpitaux de Paris; — de M. le docteur Lelièvre, député d'Ille-et-Vilaine.

***

Facultés de médecine. — *Concours d'agrégation.* (Pathologie interne et médecine légale.) — Ordre de la soutenance des thèses, à partir du mardi 2 mars :

1re séance. — M. Brousse. *De l'involution sénile.* Argumenté par MM. Brissaud et Lannois. — M. Chauffard. *Des crises dans les maladies.* Argumenté par MM. Parizot et Gaucher.

2e séance. — M. Boinet. *Parentés morbides.* Argumenté par MM. de Beurmann et Lober. — M. Dubreuilh. *Des immunités morbides.* Argumenté par MM. Weill et Lemoine.

3e séance. — M. Sarda. *Des migraines.* Argumenté par MM. Simon et Ballet. — M. Chauffard. *Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané.* Argumenté par MM. Barth et Moussous.

4e séance. — M. Déjerine. *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux.* Argumenté par MM. Letulle et Grenier. — M. Brissaud. *Paralysies toxiques.* Argumenté par MM. Launois et Chauffard.

5e séance. — M. Parizot. *Pathogénie des atrophies musculaires.* Argumenté par MM. Gaucher et Boisset. — M. de Beurmann. *De la médication abortive.* Argumenté par MM. Lober et Dubreuilh.

6e séance. — M. Weill. *Des vertiges.* Argumenté par MM. Lemoine et Sarda. — M. Simon. *Des fractures spontanées.* Argumenté par MM. Ballet et Chauffard.

7e séance. — M. Barth. *Le sommeil non naturel; ses diverses formes.* Argumenté par MM. Moussous et Dejérine. — M. Letulle. *Pyrexies abortives.* Argumenté par MM. Grenier et Brousse.

8e séance. — M. Lannois. *Nosographie des chorées.* Argumenté par MM. Chauffard et Parizot. — M. Gaucher. *Pathogénie des néphrites.* Argumenté par MM. Boinet et de Beurmann.

9e séance. — M. Lober. *Paralysies, contractures et affections douloureuses de cause psychique.* Argumenté par MM. Dubreuilh et Weill. — M. Lemoine. *Antisepsie médicale.* Argumenté par MM. Sarda et Simon.

10e séance. — M. Ballet. *Langage intérieur et diverses formes d'aphasie.* Argumenté par MM. Chauffard et Barth. — M. Moussous. *De la mort chez les phthisiques.* Argumenté par MM. Dejérine et Letulle.

11e séance. — M. Grenier. *Localisations dans les maladies nerveuses.* Argumenté par MM. Brousse et Brissaud.

— (Section de chirurgie et d'accouchements). La composition écrite a eu lieu mardi sur le sujet suivant : *Conformation extérieure du crâne et développement.*

Les autres questions placées dans l'urne étaient : *Péritoine et système musculaire lisse, anatomie et physiologie.*

***

Faculté de médecine de Paris. — M. Fauvel (Henri) est chargé, pour un an, des fonctions de préparateur d'hygiène, en remplacement de M. Karth, démissionnaire.

***

Ecole de médecine d'Alger. — M. Texier, professeur de pathologie interne, est maintenu pour trois ans, à dater du 30 janvier 1886, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pruchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un volume grand in-8 de 1,700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue, chez Delahaye et Lecrosnier. — Paris 1886. (*Ouvrage couronné par l'Institut de France.*) — Prix : 27 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 21 au samedi 27 février 1886

Fièvre typhoïde 23.— Variole 9.— Rougeole 12. — Scarlatine 4. — Cnqueluche 11. — Diphthérie, croup 50 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 39: — Phthisie pulmonaire 218.— Autres tuberculoses 36. — Autres affections générales 67 — Malformation et débilité des âges extrêmes 67. — Bronchite aiguë 48 — Pneumonie 165. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au bibernn 14. — au sein et mixte 25 — Inconnu 5 . — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 102. — de l'appareil circulatoire 86. — de l'appareil respiratoire 135.— de l'appareil digestif 38 — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 4 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 27. — Canses non classées 19. — Total de la semaine: 1246 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Dictionnaire abrégé de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences physiques, chimiques et naturelles, par M. Ch. Robin, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un volume grand in-8 jésus de 1,000 pages, imprimé en deux colonnes.—Prix : Broché : 16 fr. Reliure en maroquin : 20 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

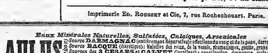
Aide-mémoire et formulaire du médecin praticien, par M. L. Duchesne, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société de thérapeutique, de la Société de médecine pratique de Paris, etc., etc. Un volume petit in-18, cartonné, de 380 pages.— Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Leçons de clinique thérapeutique, par M. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. Tome I: Traitement des maladies du cœur et de l'aorte, de l'estomac et de l'intestin.—Tome II : Traitement des maladies du foie et des reins, du poumon et de la plèvre, du larynx et du pharynx. — Tome III: Traitement des maladies du système nerveux, traitement des fièvres et des maladies générales. Trois volumes grand in-8 de 800 pages chacun, avec figures dans le texte et planches chromo-lithographiques hors texte. — Prix : 48 fr. — Nota. — La première série ne se vend plus qu'avec la suite de l'ouvrage. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Histoire de la médecine d'Hippocrate à Broussais et ses successeurs, par M. J.-M. Guardia. Un volume in-18 de 600 pages, cartonné diamant. — Prix : 7 fr.—Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ransa.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement ; Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

Contribution à la chirurgie conservatrice.

DU RACCOURCISSEMENT MÉTHODIQUE DES OS DES MEMBRES DANS LE TRAITEMENT DES LÉSIONS AVEC DESTRUCTION ÉTENDUE DES PARTIES MOLLES, par le docteur MARTEL, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo.

Suite. — Voir le numéro 9.

Y a-t-il quelque chose de nouveau, d'original dans ma façon d'agir? A coup sûr, ce ne serait pas dans le manuel opératoire. Les résections des extrémités d'un os fracturé, la suture osseuse, sont des pratiques connues et actuellement d'usage courant; mais il n'en est pas de même, peut-être, de l'intention thérapeutique qui m'a dirigé, du résultat immédiat que j'ai recherché. Les résections d'un fragment empêchant la réduction d'un séquestre traumatique secondaire ou pathologique, avec ou sans suture osseuse, sont toujours accompagnées des plus grandes précautions pour éviter ou amoindrir le raccourcissement qui en résulte. Dans une observation célèbre, Mac Ewen s'est efforcé, avec un succès relatif, de rétablir par la greffe osseuse l'humérus extirpé d'un enfant. L'état du squelette est toujours le guide de l'opérateur. Pour moi, au contraire, c'est ce raccourcissement que j'ai eu pour but principal et que j'ai pratiqué méthodiquement, ayant pour objectif l'état des parties molles, et ne m'occupant qu'accessoirement de lésion osseuse. J'ai volontairement exagéré les effets de celle-ci pour mettre les chairs et la peau en état de faire les frais d'une réparation convenable et d'éviter une infirmité déplorable, selon l'expression citée plus haut, en même temps que la perte totale du membre. C'est donc une méthode de traitement, si j'ose employer ce mot, que je présente sous le nom de raccourcissement méthodique du squelette, pour remédier aux pertes de substance étendues des parties molles des membres.

Malgré mes questions à quelques chirurgiens expérimentés, et en l'absence de recherches bibliographiques suffisantes, je connais un seul fait où l'opérateur ait été guidé par une idée méthodique analogue à la mienne. C'est celui de Karl Lœbker qui, pour faciliter le rapprochement et la suture des nerfs et tendons cicatrisés isolément à la suite d'une plaie transversale de l'avant-bras, réséqua un fragment du radius et du cubitus. L'opération eut un succès médiocre, comme suites immédiates et résultat fonctionnel, bien qu'elle permît le rapprochement des organes divisés. Cette observation a été publiée dans le «CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, n°50, 1884.» Mais je ne l'ai connue, comme, je pense, la majorité du public

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. De l'origine de l'hospice des Incurables : François Joulet de Chatillon, par L. Brièle, Paris, 1885, in-8 72 pages, Impr. nationale. — II. Nuovi documenti per la storia delle malattie veneree in Italia, dalla fine del quattre cento alla metà del cinquecento per Corradi (A). In-8, 100 pages. Milan, 1884. — III. Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-general's Office — United states Army. Authors and subjects Vol. VI, Heastie-Insfeldt. In-4, 11-1051 pages. Washington, 1885. — IV. Les collections de portraits de médecins.

I. L'obligeant et érudit archiviste de l'Assistance publique, M. Brièle, que nous avons déjà présenté à nos lecteurs, vient de publier une intéressante notice qui est en même temps une bonne action.

L'idée première de la fondation de l'hospice des Incurables est attribuée au cardinal de La Rochefoucauld, dont le testament est de 1634. Or, un prêtre humain, l'abbé François Joulet de Châtillon, avait eu la même pensée sept années auparavant, et, par son testament ouvert à sa mort en 1627, il léguait à l'Hôtel-Dieu tout ce qui restait de ses biens après l'acquittement de ses legs « *pour commancer un hospital de maladies incurables* ». L'Hôtel-Dieu entra bientôt en possession d'une partie des sommes qui lui étaient léguées, mais la réalisation de l'ensemble fut longue et difficile, puisque les administrateurs plaidaient vingt-trois ans après, pour obliger les liquidateurs de la succession à leur verser un reliquat de 333 livres.

L'abbé Joulet avait entretenu M. de La Rochefoucauld de l'utilité de la fondation d'une maison-hospice destinée aux incurables, et le cardinal en témoigne dans son testament, attestant que la communication de l'abbé Joulet lui a été faite, et ajoutant que la disposition testamentaire de ce dernier est différée par suite d'empêchements divers; il désire « *de contribuer à ce dessein* », léguant une somme importante, en revenus et en capitaux, pour la construction de l'hospice et de la chapelle.

Or, le nom de l'abbé Joulet ne figure pas sur la table de pierre de la chapelle des Incurables, où sont gravés les noms des bienfaiteurs de l'hospice, et M. Brièle demande avec raison que ce nom soit ajouté. Ce sera justice.

médical français, que postérieurement à la date de mon opération, par un article de Le Bec (ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, avril 1885), et la citation de cet article à la Société de chirurgie de Paris, par Monod (séance du 27 mai de cette année).

Il n'y a donc pas de question de priorité à poser, puisque je n'ai mis à exécution qu'en 1885 l'idée conçue par moi trois ans plus tôt et consignée seulement dans une lettre restée personnelle.

Il est facile de voir en quoi se rapproche de la mienne et en quoi diffère l'observation du chirurgien allemand. Mais plus heureux que lui, sous un rapport au moins, j'ai obtenu un résultat des plus satisfaisants, qui a dépassé toutes mes espérances. Mon opéré possède un membre aussi solide, aussi régulier de forme qu'on puisse prétendre l'obtenir à la suite d'une fracture de jambe compliquée d'une large plaie. Le membre ne diffère de celui du côté sain que par le raccourcissement; celui-ci, il est vrai, est considérable, puisqu'il dépasse 7 centimètres.

Je ne me dissimule pas la gravité de cet inconvénient, qui nécessite l'emploi des ressources orthopédiques, et se fera toujours sentir, sans doute, dans la marche prolongée et dans les travaux de force.

Au membre supérieur, c'est la souplesse qui est surtout nécessaire. Toute partie conservée y sera donc précieuse, en particulier avec une pratique qui conserve intactes les articulations. Au membre inférieur, il faut au contraire viser à la solidité, et il y a avantage à se débarrasser de ce qui peut entraver le fonctionnement si satisfaisant du simple pilon; celui-ci est bien préférable à une mauvaise jambe pour le travailleur.

J'ai craint pendant longtemps que mon opéré n'en vînt à regretter que nous eussions cédé trop facilement à la répugnance qu'inspire toujours une mutilation radicale qu'il paraît possible d'éviter. Heureusement, il n'en est pas ainsi, et il se réjouit de plus en plus chaque jour d'avoir sauvé sa jambe, dont le fonctionnement, déjà très bon, va encore s'améliorant.

Dans une condition sociale plus élevée, les avantages sont encore plus évidents. La gêne est peu marquée dans la vie ordinaire, grâce aux ressources perfectionnées de la prothèse, et le côté esthétique se fait sentir plus vivement. Combien la vue est moins pénible dans mainte circonstance d'un membre régulier, si raccourci qu'il soit, que du meilleur moignon.

J'ai donc regretté plus d'une fois, et surtout après ce dernier et heureux résultat, de n'avoir pas saisi l'occasion pour mon premier blessé; la nécessité où j'étais d'amputer la cuisse devait encourager tous mes efforts pour arriver à un moindre sacrifice. Toutefois, la possibilité d'accidents semblables à ceux qui m'ont forcé la main, survenant après l'opération conservatrice et faisant perdre le bénéfice de celle-ci, fait un contre-poids à mes regrets du succès qui m'a échappé.

Ma conduite pour B... a donc été justifiée par l'événement; mais je crois avoir touché à la limite où la conservation peut être préférée à l'amputation, surtout chez un ouvrier. Je ne reviendrai sur les inconvénients du raccourcissement que pour mentionner la pratique de Mikulicz, qui y a remédié par la résection de la partie postérieure du tarse et l'immobilisation du pied dans l'extension complète, la marche se faisant sur l'extrémité antérieure du métatarse (1883). Imitée par Caselli (de Gênes), cette pratique a été critiquée par Ruggi (de Bologne), (Congrès de Pérouse, séance du 22 septembre 1885). Cette formation artificielle d'un pied équin est acceptable lorsque, d'avance, l'articulation tibio-tarsienne est détruite comme à la suite d'une large résection, portant à la fois sur les os de la jambe et du tarse, avec extirpation complète de l'astragale; mais si l'article est intact ou à peu près, je ne crois pas qu'il y ait à hésiter pour préférer, avec Ruggi, l'emploi des ressources orthopédiques. Bien plus, s'il fallait absolument recourir à la chirurgie opératoire, toujours en admettant que les articulations sont restées intactes, je préférerais pratiquer le raccourcissement méthodique du membre sain. L'égalité de longueur des membres me paraîtrait achetée moins chèrement ainsi que par la mutilation volontaire du pied.

Le degré de raccourcissement acceptable est donc affaire d'appréciation et variera, selon diverses circonstances, l'état social du blessé, les nécessités de sa situation, ses préférences personnelles, car c'est lui qui, en connaissance de cause, doit décider, en dernier ressort, sur la résolution à prendre.

Il faut encore que l'état des parties molles ménagées par l'action destructive, traumatique ou pathologique — car le raccourcissement des os peut être aussi bien appliqué à cette sorte de lésions — soit tel que le membre conservé puisse être

---

Les pièces annexes publiées à la suite de la notice sont curieuses à plus d'un titre. Nous y trouvons un accord passé entre l'abbé Joulet et un Jean Dormoy « chirurgien ordinaire du roi et opérateur de Monseigneur le Prince » (*sic*) par lequel Dormoy s'engage, moyennant 6,000 livres « à défrayer la maison, payer les loyers, gages des serviteurs et servantes, entretenir le carrosse et les chevaux, fournir foin, avoine, paille, bois et charbon de la chambre et cuisine », sorte d'économat à forfait qui témoigne qu'en ce temps là les chirurgiens ordinaires du roi ne se cantonnaient pas dans la pratique exclusive de leur art.

Nous engageons vivement M. Brièle à dépouiller de temps à autre les précieuses archives confiées à ses soins. Il nous a rendu de grands services en les cataloguant, il nous procure une distraction réelle en les reproduisant, et rectifie, en nous instruisant, des détails historiques qui ne manquent pas d'importance.

II. M. le professeur A. Corradi (de Pavie), publie une série de nouveaux documents pour servir à l'histoire de la maladie vénérienne en Italie, de la fin du XIVe siècle à la moitié du XVe. Quelques-uns de ces documents ont été donnés par lui à des périodiques italiens, mais il les réunit en volume, en les faisant précéder d'une introduction substantielle, bourrée de notes historiques et d'indications bibliographiques des plus précieuses.

Les documents sont tirés de manuscrits renfermant de vieilles chroniques, ou de notices et livres historiques peu connus, et jusqu'alors inexplorés au point de vue médical. Ce sont des descriptions naïves de maladie vénérienne par les patients eux-mêmes, l'annonce de l'arrivée dans telle ou telle ville du *mal français*, son analogie avec la lèpre de Job, des doutes émis sur son origine : les uns voulant qu'elle vînt plutôt d'Espagne, les Espagnols la tenant de l'Inde ou de l'Amérique; des remèdes employés pour la guérir, des licences accordées à des chirurgiens en possession de moyens curatifs—l'on sait que plus d'un médecin refusait alors de traiter cette catégorie de malades — des sonnets humoristiques; des rudiments de règlements sur la prostitution : il y a de tout dans ces vieilles chroniques historiques et dans ces autographes.

Dans l'excellente introduction qui précède les documents, M. Corradi rappelle les fameux statuts de la reine Jeanne de Naples, sans omettre les doutes que ce document a suscités depuis la publicité que lui a donnée Astruc par son ouvrage *De morbis venereis*.

d'un bon usage. Je laisse de côté les lésions articulaires, qui fournissent des indications toutes spéciales.

Chez mon malade, tout compte fait, les muscles, les nerfs, les vaisseaux, ont pu continuer ou reprendre leur fonctionnement, malgré l'étendue apparente de la lésion au début. Je ferai remarquer qu'il ne s'est produit aucun signe de névrite primitive ou consécutive. Il est facile, du reste, de comprendre que le tibia, par sa position avancée, épuisera en grande partie la force vulnérante qui attaque la jambe en avant et protégera ainsi les organes placés en arrière et sur les côtés. Il serait fâcheux, toutefois, de conserver un pied inerte, sans mouvement et doué d'une vitalité insuffisante. Comme je l'ai dit, ce n'a pas été pour moi une mince difficulté que d'apprécier les résultats probables du broiement.

Une destruction circulaire de la peau, avec attrition profonde des parties sous-jacentes, exposerait pour la suite le membre à un étranglement progressif par la rétraction annulaire d'une épaisse cicatrice, quelque chose comme ce qui se passe dans l'aïnnm.

Mais il faut surtout que la lésion traumatique ou pathologique soit compatible avec la conservation de la vie, ne constitue pas, par elle-même ou par ses complications probables, comme le dit le professeur Gosselin, un danger sérieux de mort.

Il n'y a pas bien longtemps encore, les fractures compliquées du tiers inférieur de la jambe pouvaient être considérées comme une indication habituelle, sinon absolue, de l'amputation immédiate (Verneuil : *Mémoires de chirurgie*, tome II : « Amputations ». Introduction, page 4).

L'introduction dans la pratique des méthodes antiseptiques ou aseptiques a renouvelé la face des choses, sous ce rapport au moins. Avec des idées plus saines sur l'emploi des toniques, des antifébriles et surtout sur les moyens d'éviter ou de corriger l'infection des plaies, les résultats de l'amputation comme de la conservation ont été améliorés d'une façon absolue, et les avantages relatifs ont été renversés au profit de cette dernière. Beaucoup de membres sont conservés actuellement qui, jadis, eussent été voués au couteau, en même temps que la mortalité absolue est moindre.

Ici encore, il y a une latitude d'appréciation variable selon le tempérament et la hardiesse du praticien. Malgré la puissance des moyens fournis par les notions scientifiques modernes, il y a toujours des cas qui semblent leur échapper.

Dans ma première observation, on peut invoquer, pour la genèse des accidents inflammatoires, c'est-à-dire infectieux tardifs, les huit jours qui se sont écoulés entre l'accident et l'application d'un pansement rationnel, de sorte que je trouvai dès l'entrée du malade des foyers profonds de suppuration. L'antisepsie, dès le début, les eût sans doute conjurés.

Mais, dans un autre fait qui s'est présenté à moi dans l'intervalle des deux autres, j'ai cru devoir renoncer à ses bénéfices.

Obs. III. — Un enfant de 15 ans environ, tombé d'un wagonnet en mouvement, eut la jambe prise sous une des roues, de telle façon que la plaie au côté interne du membre, commençant audessus du genou, s'étendait au-dessous de l'articulation tibiotarsienne. Les chairs, broyées, étaient presque du haut en bas séparées de la face postérieure du tibia. Un gros vaisseau donnait du sang en jet. L'opinion unanime des trois médecins présents conclut sans hésitation à l'amputation immédiate, qui fut pratiquée de nécessité au-dessus du genou (procédé de Carden) avec un résultat excellent, immédiat et définitif.

Il y a donc encore des cas où, par le fait de la lésion des parties molles, le sacrifice du membre est le seul moyen de sauver la vie. C'est évidemment la principale contre-indication au mode de traitement que je propose.

Il y a des cas douteux. Alors la temporisation est possible, avec toutes les précautions indiquées J'ai retiré les plus grands avantages du pansement ouaté de Guérin, aidé par les antiseptiques, et j'ai pu attendre impunément l'instant convenable pour l'opération ; et, en tout cas, j'aurais au moins gagné de pratiquer une amputation tardive, tertiaire peut-on dire, dont on a reconnu de tout temps l'innocuité relative, par rapport surtout à l'amputation secondaire, dans la période de réaction fébrile (1).

(A suivre.)

(1) Est-il nécessaire de rappeler les contre-indications communes tirées d'états propathiques, tuberculose, cachexies, alcoolisme, sénilité, qui peuvent être un motif impérieux de préférer l'amputation comme moins dangereuse pour la vie?

Plusieurs auteurs modernes, des journaux et ouvrages extrascientifiques citent encore ce document comme s'il était authentique. Il n'est plus permis cependant de le considérer comme tel, et feu notre confrère Yvaren a suffisamment démontré que Astruc avait été la victime d'une mystification.

Ce dernier travail de M. le professeur Corradi prendra place, comme ses devanciers, dans les bibliothèques des érudits, et nous avons plus d'une raison de penser que l'étonnante activité de notre savant confrère nous ménage encore plus d'une surprise agréable.

III. Le sixième volume du « Catalogue de la Bibliothèque médicale du département de la guerre des Etats-Unis » vient de paraître. J'ignore quels honneurs officiels ont été décernés jusqu'ici au savant bibliographe qui a pris la direction de cet immense répertoire ; mais si les ministres de l'instruction publique des Etats de l'Europe avaient quelque souci de nos bibliothèques, peut-être verrait-on figurer sur les listes du 1er janvier de chaque pays un peu moins de peintres et pianistes et un peu plus de bibliothécaires nouveaux et étrangers, dont les services sont autrement effectifs que ceux rendus par les artistes, suffisamment récompensés par le prix exhorbitant de leurs œuvres diverses.

Quoi qu'il en soit, notre savant confrère et ami, le docteur Billings nous fournit cette fois l'indication de 7,900 noms d'auteurs contenus dans 2,543 volumes et 7,250 brochures, plus 14,590 titres de livres et 35,290 articles de journaux. Le sixième volume de l'*Index-Catalogue* de Washington commence à Heastie et finit à Insfeldt. Nous voici donc arrivés à la moitié de ce magnifique répertoire, le plus vaste de tous ceux de ce genre. L'on ne peut travailler sans y recourir sans cesse, et il offre cet avantage d'une impression parfaite, bien soignée. Mais quelle richesse ! Le mot « Hydrocéphale », j'ouvre au hasard, ne comprend pas moins de 900 indications ! La folie occupe à elle seule 158 pages de texte, plusieurs milliers d'indications, tous les asiles publics et privés du monde sont représentés là par quelque brochure, compte rendu ou article de journal, et lorsqu'on ouvre tous les jours, à chaque instant pour ainsi dire, ce catalogue si complet, si bien ordonné, la tristesse se mêle au contentement en songeant que ni notre Académie de médecine, ni notre Faculté, ne peuvent, faute de fonds, publier seulement le modeste catalogue de leurs noms

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Du délire initial de la fièvre typhoïde, par M. Combet, élève du service de M. le docteur Raymond, à l'hôpital Saint-Antoine.

La fièvre typhoïde présente à son début des modalités quelquefois si différentes que le diagnostic est singulièrement rendu difficile si l'on ne s'adresse directement à l'étude de quelques symptômes spéciaux permettant de dévoiler l'affection primitive et de la placer au premier plan.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux malades présentant des signes de manie aiguë comme phénomène prodromique d'une fièvre continue. Ce qui nous engage à publier ces observations, c'est la rareté du fait d'une part, et, de l'autre, l'utilité qu'il y a, pour un praticien, à bien asseoir son diagnostic, afin de ne pas prendre de mesures graves se rapportant à un accès d'aliénation vraie, alors que l'on a affaire à un délire aigu symptomatique d'une pyrexie en général et de la fièvre typhoïde en particulier.

Nous n'ignorons point que la question a déjà été traitée maintes fois; et nous avons trouvé des cas semblables aux nôtres. Dans sa clinique, N. G. de Mussy en a rapporté plusieurs observations, les unes personnelles, les autres empruntées à Louis et à Murchison; nous avons également consulté les travaux de MM. Motet (1866), Limousin (1863), Duménil (1863), Voisin (1864) et l'article *Manie*, par A. Linas *(in dictionnaire de Dechambre)*; le fait est donc bien connu en lui-même; il nous a cependant paru utile d'y revenir et d'attirer l'attention sur ces phénomènes prodromiques, pour les comparer, aux autres faits du même genre déjà mentionnés dans la science, pour montrer ce que nos malades ont présenté de spécial, au point de vue du début sub-aigu du délire, pour bien faire ressortir la facilité qu'il y avait à établir le diagnostic en se basant sur la courbe thermique et quelques signes physiques.

Hôpital Saint-Antoine, salle Corvisart, service de M. le docteur Raymond. — La nommée Marie E..., 21 ans, domestique, se présente à la consultation le 20 novembre 1885; elle est accompagnée par sa sœur, qui nous dit qu'elle a un mal de gorge; elle est admise à cause de son grand abattement; sa langue, rosée sur les bords, est large et tremblante.

Arrivée dans la salle, la malade refuse de se mettre au lit, et va se réfugier dans le cabinet de la surveillante. Quoique sa sœur soit partie depuis une demi-heure, elle dit toujours entendre la voix de cette dernière et paraît très inquiète. Elle consent enfin à se mettre au lit; vers les trois heures, on lui met le thermomètre dans le vagin. Dix minutes se passent; puis, subitement, notre malade descend de son lit, veut quitter l'hôpital: « On m'électrise. Je suis enceinte d'un chat, d'un crapaud..... Pourvu qu'il ressemble à celui de ma sœur! » Comme on veut lui faire reprendre son lit, elle s'excite, frappe les infirmières, puis continue ses divagations, revenant toujours sur le même sujet.

On est dans la nécessité de lui mettre la camisole.

A la visite de 4 heures, aux questions de l'interne, elle répond qu'elle dira toute la vérité: « Je suis enceinte d'un crapaud, etc. »

Comme signes physiques, on constate qu'il y a de la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite.

A l'épigastre, sous les seins, dans la région circum-ombilicale, on trouve des taches lenticulaires, rosées, disparaissant par la pression. L'auscultation de la poitrine est négative. Il n'y a rien au cœur. Le pouls est dicrote; il donne 70 pulsations à la minute.

On est obligé de pratiquer le cathétérisme de la vessie. Il y avait peu d'urine et, dans celle-ci, pas d'albumine.

Température vespérale, prise dans le vagin, 39°4.

On prescrit 2 grammes de chloral.

Samedi 21. — Température matinale, 40°.

Toute la nuit, la malade a déliré, revenant toujours sur le même sujet. A la visite du matin, on lui enlève la camisole. M. Raymond constate du gargouillement dans la fosse iliaque droite; les taches lenticulaires sont plus nettes encore que la veille au soir. Toujours rien dans la poitrine; il n'y a pas de roideur à la nuque; on trouve bien du strabisme, mais nous apprenons qu'il existe depuis le premier âge. Il est impossible d'obtenir des renseignements de notre malade. M. Raymond porte le diagnostic de fièvre typhoïde avec accès de manie aiguë.

Traitement: — Bromure de potassium, 2 grammes.
Eau de Sedlitz, 1 verre.
Lavements froids le matin.

Dans l'après-midi, l'excitation est plus prononcée; notre malade a un accès d'hallucination: elle voit des monstres qui veulent l'enlever et les supplie de la laisser tranquille.

Dans la soirée, toute trace d'excitation, soit physique, soit psychique, a disparu; elle paraît assoupie; les yeux sont ouverts, le regard fixe.

Vers 8 heures, subitement, elle se débat, pousse des cris déchi-

---

d'auteurs! La Bibliothèque nationale de Paris ne parvient pas à publier le troisième volume de ses livres de médecine, et les deux premiers datent de vingt ans déjà!

Notre Académie, pour ne parler que d'elle, est encombrée de dons s'élevant à une somme considérable pour des prix qu'il lui est souvent impossible de décerner. Comment ne vient-il pas à l'esprit d'un donateur généreux de léguer une somme quelconque pour l'impression du catalogue de sa bibliothèque? Celui-là serait assuré de la reconnaissance de nos bibliothécaires, tandis que ses émules doivent être poursuivis par les malédictions des employés de la Caisse des dépôts et consignations, qui ne voient jamais leurs comptes de comptabilité soldés. Décidément, notre confrère Billings est le plus heureux des hommes, et je le félicite sincèrement pour la sixième fois; à défaut d'honneurs, il peut compter sur la reconnaissance des chercheurs, et le nombre de ceux qu'il oblige grandit sans cesse.

IV. J'ai entretenu nos lecteurs de deux belles bibliothèques de portraits à vendre, après décès de leurs propriétaires-collectionneurs. J'ai déjà donné quelques renseignements sur celle du docteur Munaret: collection de portraits d'anciens médecins classiques et surtout de médecins français. L'on m'a demandé quelques détails complémentaires sur la collection de feu le docteur Wolff. Elle contient plus de 5,000 portraits, est riche surtout en médecins allemands et anglais; c'est une réunion unique. Il faudrait de longues années pour en former une semblable, et cela serait sans doute bien difficile aujourd'hui, le nombre des collectionneurs étant augmenté. J'aurais souhaité qu'un de nos grands établissements spéciaux pût se rendre acquéreur, mais on m'a objecté le manque de fonds. Cependant, il serait peut-être facile de s'entendre avec les propriétaires et de payer par annuités; je le souhaite bien sincèrement.

Dr A. Dureau.

Écoles vétérinaires. — Par arrêté ministériel, M. le professeur Chauveau est nommé inspecteur général des Écoles vétérinaires de France.

M. le professeur Arloing est nommé directeur de l'École vétérinaire de Lyon, en remplacement de M. Chauveau, appelé à d'autres fonctions.

rants ; les yeux sont convulsés ; il y a aux narines et aux lèvres de la mousse sanguinolente. Cette attaque dure quelques minutes et est suivie d'un assoupissement d'où la malade ne sort que pour continuer à divaguer sans excitation physique.

Température vespérale, 39o,2.

Dimanche 22. — La nuit a été relativement calme. L'état est le même. La sœur, que l'on a priée de venir, fournit les renseignements suivants : aucune maladie antérieure ; jamais d'attaques d'aucune sorte. A Paris depuis six mois. Était entrée chez un marchand de vin comme domestique ; y reste quelques jours, revient chez sa sœur le dimanche, à qui elle raconte que son patron et les employés lui ont donné des narcotiques, qu'ils sont de la police secrète et qu'il faut bien fermer les portes.

Ce délire de la persécution a persisté toute la semaine, ce qui a engagé sa sœur à l'amener à la consultation. Celle-ci ajoute en outre qu'elle a eu plusieurs fois chez elle de véritables attaques pendant lesquelles, les yeux convulsés, du sang aux narines, elle se débattait ; les attaques duraient quelques minutes, puis la malade s'assoupissait pour reprendre un peu plus tard ses divagations.

Lundi 23. — L'état est le même.

Mardi 24. — On supprime le bromure. Potion de Todd et vin de quinquina.

Mercredi 25. — La matinée n'a présenté rien de spécial. Dans l'après-midi, la face devient très colorée, le corps se couvre de sueurs profuses. Vers 7 heures, la respiration s'accélère ; la mort arrive à 8 heures.

Autopsie. — L'examen de l'intestin montre les lésions suivantes :

Intestin grêle. — Au niveau de la valvule iléo-cœcale, les follicules clos isolés et les plaques de Peyer sont infiltrés. Les plaques présentent des lésions à degrés différents. Tandis que les unes, simplement saillantes, présentent une coloration rouge, les autres offrent un centre couvert d'un enduit noirâtre qui, enlevé par un courant d'eau, montre une surface ulcérée. Les bords sont boursoufflés, œdémateux.

Les follicules présentent les mêmes caractères anatomo-pathologiques, et nous les retrouvons dans les follicules du gros intestin.

Les ganglions mésentériques offrent une hypertrophie considérable.

Le foie et la rate ont également subi un certain degré d'hypertrophie.

Les reins sont aussi augmentés de volume et la coupe montre que l'organe est fortement congestionné.

Léger œdème dans les poumons, plus prononcé aux bases.

Les cavités du cœur contiennent de gros caillots. Le myocarde, légèrement jaunâtre, était mou et flasque.

L'examen de l'appareil cérébro-spinal montre les particularités suivantes :

Le liquide céphalo-rachidien, en petite quantité, a une coloration jaunâtre légèrement sanguinolente.

La dure-mère s'enlève facilement La pie-mère est libre d'adhérences ; aussi bien sur sa face arachnoïdienne que sur la face encéphalique. Fortement injectée, la pie-mère montre ses vaisseaux fortement turgescents.

Les circonvolutions sont tuméfiées, gonflées, et, à la palpation on trouve que leur consistance est sensiblement diminuée.

A la coupe, on voit une hypérémie considérable des deux substances. La masse cérébrale présente la teinte hortensia, coloration très prononcée dans la substance grise de la périphérie et des noyaux centraux ; çà et là des orifices vasculaires béants, saignants, donnant un véritable piqueté hémorrhagique.

Nous avons eu la bonne fortune de trouver un second cas analogue au nôtre. L'observation nous a été communiquée par M. Planchard, interne dans le service de M. le docteur Tenneson :

Hôpital Saint-Antoine, salle Avau, no 10, service de M. le docteur Tenneson. — Julien D..., 36 ans, charron, est reçu à la consultation le 27 août 1885 pour une maladie fébrile. Il se plaignait de céphalalgie, de douleurs vagues dans la région épigastrique.

Température vespérale 39°.

A la visite du soir, l'interne apprend que Julien D... n'est pas bien portant depuis six jours, qu'il est tout courbaturé. Il dormait peu depuis cette époque. La langue, rouge sur les bords, blanchâtre au centre, est étalée. Constipation légère. Le pouls est rapide, ample, assez résistant. Rien d'anormal dans les autres organes.

Aucun antécédent morbide.

Le diagnostic est réservé : s'agit-il d'un embarras gastrique fébrile ou d'une fièvre continue?

Purgatif salin.

Le 28, au matin, on trouve le malade très agité, délirant. Cet état est survenu brusquement à 4 heures du matin. Le malade s'agite dans son lit ; il veut se lever à chaque instant : on est obligé de le lier. Il proteste plutôt par des gémissements que par des cris injurieux. C'est en somme un délire assez calme, sans actes insensés.

Les yeux sont fixes, sans clignement des paupières, hagards.

Le faciès exprime un peu d'hébétude. La peau est converte de sueur ; le pouls rapide. Aux interrogations, le malade répond quelques mots de temps en temps. Il accuse de la céphalalgie e des douleurs vagues dont il ne paraît pas pouvoir bien préciser le siège.

Il a uriné dans son lit.

Il paraît avoir eu des hallucinations de l'ouïe. En effet, lorsqu'il voulait se lever, il disait « que ses amis l'appelaient, qu'il les entendait. »

Cette excitation n'a point permis de lui prendre sa température.

Le chef du service pense alors à du délire alcoolique.

Aucun signe physique.

Traitement. — Lait, bouillon, potion opiacée.

Le 29, le malade est calme, un peu hébété ; son regard est fixe. Température matin, 40o. — Température soir, 39o,6.

Le 30. — T. M., 39o. — T. S., 40o.

Le malade accuse des étourdissements et des vertiges.

Le 31. — L'hébétude persiste. Matité splénique. Pas de diarrhée. T. M., 38o,8. — T. S., 39o,4.

Le malade affirme qu'il ne s'est jamais livré à des excès alcooliques, et son assertion est confirmée par sa femme.

On porte le diagnostic de fièvre typhoïde, et ce diagnostic est basé sur l'hébétude persistante et sur la courbe thermique.

Le 1er septembre, même état.

T. M., 38o.8. — T. S., 39o,4.

Jusqu'au 4, la température reste élevée. Rien de particulier.

Le 5, apparaissent des taches lenticulaires. Dès lors, le diagnostic est confirmé.

Le 2 octobre, le malade part pour Vincennes.

Il résulte de ces deux observations qu'il y a eu un délire excessivement intense et prolongé dans le premier cas, modéré et court dans le deuxième : ce délire s'accompagnait d'une haute température persistante.

La manie idiopathique est apyrétique ; c'est la règle. La manie aiguë s'annonce quelquefois par des symptômes fébriles, mais l'hyperthermie cesse après la période d'agitation violente, et elle est souvent très courte. L'hyperthermie existe encore dans l'agitation maniaque qui accompagne la paralysie générale, mais ici les antécédents du malade éclairent singulièrement le diagnostic.

On peut encore observer une élévation de température, indice d'une influence viscérale intercurrente, mais chez des maniaques avérés.

De ces considérations, nous pouvons conclure que l'hyperthermie persistante accompagnant du délire aigu, même sub aigu, doit éloigner le diagnostic de manie franche, primitive.

A un second point de vue, nos deux observations montrent un début bien différent et qui a de la valeur dans l'espèce.

En effet, si, dans le deuxième cas, on a pu apprendre du malade qu'il éprouvait du malaise depuis une huitaine, qu'il était courbaturé, et si, jusqu'à un certain point, l'interne a pu, dès le soir, porter le diagnostic de fièvre continue ou d'embarras gastrique fébrile, dans le premier cas, le début a été tout autre : depuis huit jours, le malade avait des hallucinations, était délirant et pas d'autre renseignement, aucun autre phénomène attirant tout d'abord l'attention sur un appareil plutôt que sur un autre.

Mais, dans les deux cas, l'hyperthermie accompagnait les phénomènes vésaniques et, comme nous l'avons vu plus haut, il fallait écarter le diagnostic de manie franche et rechercher l'affection dont elle était symptomatique.

Dans le premier cas, quelques signes physiques de premier ordre dans l'espèce, le gargouillement, la douleur de la fosse iliaque, les taches lenticulaires; ici, pas de doute, il s'agissait d'une fièvre continue, et le diagnostic a été confirmé par l'examen de l'intestin.

Dans le deuxième cas, ce n'est plus le même tableau.

Il y a une première période, avec des symptômes vagues, puis survient le délire, et, pendant cette période, comme tout signe, une élévation de la température, et ce n'est que six jours après l'entrée du malade, alors que le délire était passé, que l'on voit apparaître des taches lenticulaires. Alors seulement la question est jugée. Il ressort de ces deux faits que le début de la fièvre typhoïde a été marqué par des troubles psychiques que rien ne justifiait dans les antécédents de nos deux malades, que ces troubles psychiques attiraient seuls l'attention, au moins pour la première malade, et que la température élevée et continue doit avoir, en présence d'un accès de manie aiguë, une grande valeur au point de vue du diagnostic : il faut éviter de faire interner, en les considérant comme des fous, des individus sous le coup d'une pyrexie, alors que l'affection débute chez eux par des troubles psychiques.

TRAVAUX A CONSULTER

1863. — (T. II, 4e série, ANN. MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.)

E. Dumesnil. — *Sur un signe propre à établir le diagnostic d'un accès d'aliénation mentale essentielle et du délire initial de la fièvre typhoïde.*

1863. — (T. II, 6e série, id.)

Limousin. — *Du délire aigu symptomatique de la fièvre typhoïde.*

1864. — Voisin. (*In* id., t. III, 4e série.)

1866. — (No 66, GAZETTE DES HÔPITAUX.)

Motet. — *Troubles vésaniques masquant le début de la fièvre typhoïde.*

Docteur Dechambre. — Art. MANIE. *A. Linas.*

1o *Du délire essentiel.* — 2o *Du délire symptomatique.* — 3o *Du délire toxique.*

REVUE DE DERMATOLOGIE

I. UN NOUVEAU CAS DE PSORIASIS VACCINAL (1). — II. LE TRAITEMENT DU PSORIASIS PAR L'ACIDE CHRYSOPHANIQUE (2). — III. L'ECZÉMA SOLAIRE (3). — IV. CAS DE FIÈVRE EXANTHÉMATIQUE BULLEUSE (4). — V. GRANULOME OU MYCOSIS FONGOÏDE (5). — VI. ORIGINE MICROBIENNE DE L'ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE DES PAYS CHAUDS (6). — VII. APPARITION D'UN ÉRYTHÈME PAPULEUX CONSÉCUTIF A L'INGESTION D'ACIDE BENZOÏQUE (7). — VIII. DU TRAITEMENT LOCAL DE L'ECZÉMA (8).

I. On connaît l'opinion répandue dans le vulgaire et accréditée même chez beaucoup de médecins qui regardent la vaccination comme capable de provoquer des affections croûteuses de la peau (gourmes, rache, rogne). Quelques dermatologistes admettent aujourd'hui que la vaccine peut favoriser la production d'un eczéma ou d'un impétigo, ou du moins donner un coup de fouet à l'évolution de ces accidents morbides. Sans prétendre à résoudre une question encore bien controversée, il est permis de croire que l'inoculation vaccinale agit chez des sujets prédisposés comme agirait toute autre cause irritante locale. Pourquoi le vaccin n'exciterait-il pas l'apparition même de plaques de psoriasis ? Georges-H. Rohé a cité en 1882 deux faits de ce genre, deux cas de psoriasis aigu généralisé après la vaccination (9), et Piffard, puis Morrow (10) en ont bientôt après relaté d'autres exemples.

M. Ernest Chambard a eu l'occasion, dans l'exercice de ses fonctions de chef du service municipal de vaccination de la ville de Lyon, d'en observer un nouveau cas chez un garçon de 5 ans 1/2, qui a été revacciné avec du vaccin animal. Au bout de huit jours, l'état général étant satisfaisant, l'éruption, très apparente, se composait de papules arrondies, de la dimension de la tête d'une très petite épingle (*psoriasis punctata*) à celle d'un centime (*psoriasis guttata*), recouvertes de squames assez minces, mais sèches et nacrées, comme les squames psoriasiques typiques. En les arrachant, on mettait à nu une surface d'un rouge jaunâtre ou cuivré, et l'on déterminait de petites hémorrhagies punctiformes. Presque généralisée, mais discrète, l'éruption occupait les membres et le tronc ; elle faisait entièrement défaut au cuir chevelu ainsi qu'aux régions palmaire ou plantaire des mains et des pieds. Le bras gauche présentait, au niveau de l'empreinte deltoïdienne, trois larges papules, confondues en partie par leurs bords et disposées en triangle comme les plaies d'inoculation dont elles occupent exactement la place. La face postérieure des bras et des avant-bras, la face antérieure des

(1) ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, 1885, pages 498 503.

(2) ARCHIVES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, octobre 1885.

(3) IL MORGAGNI, 1885, p. 528.

(4) ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, 1885, page 471.

(5) VIERTELJAHRS FÜR DERMAT. UND SYPHILIS, 1885

(6) ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE, juin 1885.

(7) GIORNALE ITALIANO DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE, 1885, p. 193.

(8) JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, de Bruxelles, 1886. Février.

(9) JOURNAL OF CUTANEOUS AND VENEREAL DISEASES, octobre 1882.

(10) Ibidem. Janvier et mars, 1883.

cuisses et des jambes, la face dorsale du tronc, étaient parsemées de papules plus petites, les unes isolées, les autres réunies en gronpes composés chacun d'un petit nnmbre d'éléments éruptifs. Il existait encore une on deux papules sur la poitrine et l'nn en tronvait une qui semblait être en vnie de disparition sur la tempe droite. Cette érnptinn n'occasionnait ancune démangeaison. L'enfant entra à l'Antiquaille, où M. Gailleton confirma le diagnostic de M. Chambard.

II. D'après le conseil de M. du Cazal, qui avait publié en août dernier, dans les ARCHIVES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, une note sur le traitement du psoriasis par l'acide chrysophanique, M. Bontonnier a appliqué ce topique dans trois cas et avec succès. Il a suivi la méthode indiqnée par M. Besnier. D'abord bain, puis badigeonnage avec une solution d'acide chrysophanique à 15 ponr 100; enfin, lorsque les plaqnes sont bien infiltrées par cette substance, on les recouvre d'une couche de traumaticine (1). Tous les deux on trois jonrs, après avoir fait prendre un bain au malade pour débarrasser les plaques de la traumaticine qui est très adhérente, on recommence le badigeonnage avec la solution d'acide chrysophanique que l'on recouvre à nouveau de traumaticine.

Chez deux de ses malades, M. Boutonnier a prncédé par régions successives en commençant par la moitié du tronc et le membre supérieur correspondant, afin d'éviter l'inflammation de la peau sur une trop grande étendue. Les phénomènes généraux aigus signalés par M. du Cazal se sont présentés du huitième au douzième jour, mais ont été de cnurte durée. La durée du traitement a été de 42 jours chez l'nn et de 35 jours chez l'autre.

Le troisième malade atteint de plaques psoriasiques aux bras et aux coudes et légèrement sur le tronc a guéri dans l'espace de seize jours. La liqueur arsénicale a été donnée à l'intérieur pendant tout le temps du traitement.

La guérison chez ces trois malades se maintient depuis plus de quatre mois.

Cependant M. Boutonnier pense, comme M. du Cazal, que le traitement interne par l'arsenic est inutile, et que le traitement externe snffira presque toujours pour assurer une guérison prompte et radicale du psoriasis. Aussi M. Boutonnier conclut-il que cette affection, qui motivait toujours la réforme dans les régiments et l'exemption devant les conseils de révision, ne doit plus être considérée comme une maladie à peu près incurable ou tout au moins très rebelle, et que l'article 17 de l'instruction du 27 février 1879 doit cesser de lui être appliqué.

III. Que ce soit l'influence des rayons chimiques du soleil, et des rayons chimiques seulement plutôt que celle des rayons lumineux et calorifiques, qui produise l'érythème solaire, c'est là une notion bien acquise à la science. Mais le docteur Ignace Tortora a eu le mérite de faire une série d'expériences sur le pavillon de l'nreille de lapins (à l'Institut physiologique de l'Université de Naples) pour arriver à se rendre compte des conditions dans lesquelles se produit l'eczéma solaire et des lésions qu'il présente. M. Tortora a observé d'abord une forte hypérémie des vaisseaux du derme ; puis snr quelques points se produisent de petites hémorrhagies. Ensuite, il se produit une infiltration de petites cellules, infiltratinn envahissant le corps mnqueux de Malpighi, qui en qnelqnes endrnits est détruit et remplacé par cette infiltration cellulaire. La conche cornée se détache et un exsudat jaunâtre et purulent qui s'épaissit de plus en plns vient la séparer de la conche mnqneuse. Les glandes sébacées ne sont pas altérées, bien qne l'infiltration occnpe aussi le tissu péri-glandnlaire.

Le docteur Tortora n'a observé ni la transformation vésiculaire des cellules épidermiqnes ni le décollement en masse de l'épiderme et dn corps papillaire. Dans ses préparations, il n'a pas non plus constaté ces cavités prodnites par la fonte des cellules épithéliales dont a parlé Ziegler (dans son *Traité d'anatomie pathologique*) pour la formation des vésicules. Enfin, ancune altération des filets nerveux n'a été observée.

IV. M. Paul Spillmann (de Nancy), qui avait publié déjà en janvier 1881, dans les ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, une observation de pempbigus aigu, rapporte aujourd'hui dans le même recueil (1) un nouveau fait de fièvre exanthématiqne bulleuse (vue aussi par MM. Bernbeim et Flecht) survenn chez une femme âgée de trente-neuf ans et mère de deux enfants bien portants. A l'âge de vingt-sept ans, cette femme avait été atteinte d'un rhumatisme articulaire subaigu. L'éruption survint le 30 juin, au troisième jour d'une fièvre intense avec subdélirium et une température qui avait atteint la veille au soir 40°,1. L'épiderme était soulevé et tendu par une éruption boutonneuse, surtout confluente au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds ; la malade éprouvait à ce niveau une sensation de tension et de brûlure intolérable. A la plante du pied gauche, on voyait une petite bulle du volnme d'un gros pois. Sur le corps, sur la face, il existe des rougeurs boutonneuses ; on dirait le début d'une variole. Le lendemain, les bnlles se sont développées et multipliées ; elles sont remplies d'un liquide clair, citrin. Les urines sont albumineuses ; lotion phéniquée. — Le 2 juillet, délire, hallucinations, respiration pénible, météorisme ; le 3, état typhoïde, adynamie, le liquide des bulles est louche ; suffusions sanguines sous la peau. Température à 41°,5. Respiration à 60. Coma. — Mort le 4. Le sang examiné l'avant-veille de la mort renfermait des spores mobiles arrondies, parfois réunies deux par deux, mesurant de 7 μ à 1 μ,3. La sérosité des bulles contenait également des spores analogues, mais plus nombreuses et plus volumineuses que dans le sang.

Dans l'urine, il y avait des bactéries et des spores encore plus grandes. M. Spillmann a inoculé au pli de l'aine d'un lapin le liquide d'une bulle. Il n'y a eu aucun trouble chez l'animal.

M. Paul Gibier avait déjà décrit en 1882 un microbe du pemphigus aigu consistant en une bactérie articulée d'une longueur de 4 à 40 μ, bactérie qu'il n'avait trouvée que dans le liquide des bulles fraîches et dans l'urine. M. Spillmann a été assez heureux pour constater l'existence des spores dans le sang où M. Gibier en avait seulement soupçonné l'existence.

Dans l'observation que nons venons de relater, s'agit-il d'un véritable pemphigus, ou y a-t-il un rapport entre cette fièvre bulleuse et certains pemphigus chroniques ? Nous ne le pensons pas. L'histoire des exanthèmes fébriles infectieux pré-

(1) La traumaticine employée se compose de huit parties de chloroforme et d'une partie de gutta-percha.

(1) 1885, p. 471-475.

sente encore des lacunes, et nous serions tentés de rapprocher les cas décrits jusqu'à ce jour sous le nom de « pemphigus aigu », de « fièvre pemphigoïde », de « fièvre bulleuse », non pour en faire, avec M. Spillmann, une entité morbide nouvelle sous le nom de « fièvre exanthématique », « bulleuse », mais plutôt pour n'y voir qu'une modalité de l'érythème polymorphe exsudatif.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'hygiène militaire, par le docteur Ch. Viry, chef de service de santé à l'Ecole spéciale militaire. — Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1886.

« La profession militaire, comme toute autre carrière, entraîne pour le fonctionnement de l'organisme des conditions favorables et défavorables : tirer des premières le plus d'avantages que l'on pourra, diminuer les secondes dans la mesure que comportent les nécessités dépendant de l'organisation et du fonctionnement de l'armée, tel est assurément le but pratique de l'application de l'hygiène parmi nos troupes. » Ainsi s'exprime M. Viry dès les premières pages de son ouvrage, et après avoir donné un aperçu de la morbidité et de la mortalité du soldat, il entre de plein pied dans l'étude détaillée des conditions auxquelles ce dernier se trouve soumis.

La loi du 27 juillet 1872 impose le service personnel à tout Français âgé de vingt ans ; exception pour ceux-là seuls qui présentent des maladies ou des infirmités. L'âge, la taille, le poids, le périmètre thoracique, sont les principaux facteurs à considérer pour juger d'une façon générale l'aptitude au métier des armes.

L'habitation des hommes est permanente (caserne, camp permanent, casemate) ou temporaire (camp temporaire, logement chez l'habitant, cantonnement, bivouac).

L'étude de la caserne doit surtout préoccuper l'hygiéniste. Il convient de tenir compte de la nature du sol et du choix de la localité. Celui-ci est « dicté surtout par la nécessité de se garer de l'influence funeste d'un voisinage pouvant faire naître des maladies engendrées soit par le terrain, soit par les habitations des alentours ». L'orientation et les matériaux de construction ne sont pas à négliger. Il convient ensuite de s'occuper du plan général et de la disposition particulière des locaux : chambrées (situation, parois, éclairage, chauffage et réfrigération, aération..., ameublement et propreté....); lavabos, bains, lavoirs, corps de garde, locaux disciplinaires, paliers, corridors, cours, cuisines, écuries et latrines.

Les camps permanents, institués en France en 1871, sont à peu près abandonnés aujourd'hui. La casemate est dans nos forts le logement habituel du soldat.

La tente, abri ordinaire dans les camps temporaires, n'est actuellement distribuée qu'en Algérie. Le logement chez l'habitant et le cantonnement donnent lieu à l'application des règles générales relatives à l'aération et à la propreté des habitations. Au bivouac, on doit surtout se garantir du froid et de l'humidité.

L'alimentation devant être en toutes circonstances suffisamment réparatrice, il importe de déterminer le taux des rations à accorder, soit en paix, soit en guerre. La viande fraîche ou conservée, le blé et ses dérivés, les légumes, le café et exceptionnellement les fruits, le lait, le fromage, les œufs, le thé, font partie de l'alimentation du soldat ; on s'assurera de leurs bonnes qualités. L'examen des eaux, relativement à leur teneur en matières organiques, exige un examen spécial. Avantages et inconvénients des boissons alcooliques.

La question du vêtement militaire a, au point de vue de l'hygiène, une importance que l'on ne saurait méconnaître : nature des matières vestimentaires, texture, couleurs, forme et disposition des divers effets... Equipement...

La propreté du corps, facteur important de la salubrité des habitations, est entretenue par l'usage des bains.

Tel est le sommaire des sujets traités dans le manuel d'hygiène. Et nous passons sous silence tout ce qui a trait aux occupations et aux loisirs de l'homme de troupe, aux règles générales relatives à la prophylaxie des maladies dont il peut être atteint soit en garnison, soit en campagne ; à l'hygiène des champs de bataille.

Nous ne faisons que signaler la partie de l'ouvrage relative aux premiers secours à donner dans le cas de blessures ou d'accidents en attendant l'arrivée du médecin.

Au milieu des nombreux travaux publiés sur l'hygiène militaire, le livre de M. Viry se fait remarquer par une parfaite lucidité d'exposition. Il est regrettable que nous ne puissions donner une idée du style avec lequel il est écrit et des renseignements précis basés sur les dernières données de la science. A ce sujet, on ne saurait trop recommander les chapitres relatifs à l'aération des chambrées, à l'éloignement des immondices, à la correction et à la purification des eaux. N'aurait-il pas cependant été utile d'insister un peu plus ici sur les résultats facilement obtenus par l'ébullition pour la destruction des germes, d'autant que les lecteurs de la Gazette se souviennent de l'efficacité de cette mesure lors de l'épidémie de dysentérie de Saint-Germain-en-Laye en 1884? Notre ancien chef de service nous permettra cette simple observation en raison des précieuses qualités de son livre. Il a eu le réel talent de rester élémentaire et vulgarisateur, tout en donnant la vraie note du jour sur tous les sujets auxquels il touche. A ce titre, il peut être d'un grand secours soit au médecin militaire que son service appelle à enseigner l'hygiène, soit à l'officier de l'armée active ou de l'armée territoriale, qui y trouvera « la raison d'être, la *théorie* en quelque sorte des divers textes de règlements qui ont substitué des dispositions hygiéniques réglementaires aux pratiques individuelles ».

Charles Amat.

REVUE DES THÈSES

Ophthalmologie

Du gliome de la rétine (Prix de M. Fouchard). Thèse de Paris, 1885.—Chez A. Coccoz.

Nous avons déjà, dans le courant de l'année dernière, signalé une excellente monographie du docteur Dron sur les cancers de l'œil. Ce sujet vient d'être repris spécialement au point de vue du gliome de la rétine par M. le docteur Fouchard. Dans sa thèse, M. Fouchard a consigné le résultat de ses recherches personnelles, et de plus il a rapporté l'opinion des principaux ophthalmologistes auxquels il s'est directement adressé et qui lui ont gracieusement envoyé leur avis ; elle peut donc être considérée comme un résumé complet de l'état actuel de la question.

Il nous serait difficile de donner une analyse même succinte de ce travail qui demande à être lu dans son entier : disons seulement qu'après un long et sérieux examen, M. Fouchard consacre l'ancienne distinction des cancers de l'œil établie par Knopp en 1867 ; séparant le gliome ou cancer à petites cellules, affection spéciale à l'enfance et provenant de la rétine, du sarcome à cellules plus grandes qui prend naissance dans la choroïde et se développe de préférence chez l'adulte.

Il envisage ensuite le gliome au point de vue clinique et lui considère trois périodes : une première dans laquelle l'œil n'est pas déformé ; une seconde dans laquelle la déformation devient apparente ; une troisième, enfin, dans laquelle la tumeur a rompu les enveloppes de l'œil et fait son apparition à l'extérieur. Tous les symptômes appartenant à chaque période sont savamment groupés, et d'une façon si nette que l'on croirait pouvoir facilement établir le diagnostic ; et pourtant, ajoute M. Fouchard, dans la pratique, certains décollements rétiniens, certaines choroïdites, sont bien difficiles à distinguer du gliome ; ce n'est que par un examen méthodique et des plus attentifs que l'on évitera les erreurs.

L'opinion de l'auteur sur le traitement à employer peut se résumer dans cet aphorisme favori d'un de nos maîtres les plus éminents, opérer vite et largement, le salut est à ce prix ; mais n'opérez pas malgré tout, surtout s'il y a des signes de généralisation.

En somme, le travail de M. Fouchard est un de ceux qui doivent faire époque dans l'*histoire* des cancers de l'œil.

Traitement de l'entropion, du trichiasis et de l'ectropion par l'emploi du thermocautère, par M. Issoulier. Thèse de Paris, 1885. — Chez A. Parent.

M. Issoulier nous donne dans sa thèse plus que le titre ne nous promet ; on y trouve en effet une étude presque complète de l'entropion, portant principalement sur les causes de cette affection et le rôle de l'inflammation des tissus de cicatrice et du spasme dans la production du renversement du bord palpébral sur la conjonctive.

Cet entropion, qui est toujours des plus ennuyeux et des plus pénibles pour le malade, peut avoir les conséquences les plus graves s'il est abandonné à lui-même ; aussi de tout temps a-t-on employé contre lui les remèdes les plus variés et les plus ingénieux.

L'auteur énumère ces différents traitements depuis l'épilation, la déviation des cils par le procédé de Wecker, la suture de Gaillard ou la modification de Lebrun, la méthode de Jœsche reprise par Arlt et de Græfe, et quelques autres encore. Il fait ensuite l'historique de l'emploi du fer rouge qui date de Celse, Paul d'Egine et Abulcasis. De nos jours, Delpech, MM. Cusco, Galezowski, se sont successivement servi du thermocautère, M. Terrier en a aussi usé ; c'est en voyant les succès obtenus dans le service du chirurgien de Bichat que M. A. Trousseau, inspirateur de la thèse de M. Issoulier, a eu l'heureuse idée d'étudier à fond cette méthode de traitement et d'en poser les principes. Ils sont d'ailleurs d'une grande simplicité, et voici la règle établie par M. A. Trousseau. Il faut, avec le contenu du thermocautère chauffé au rouge ordinaire, parallèlement au bord ciliaire et à 3 ou 4 millimètres de ce bord, il faut, dis-je, faire un sillon qui va d'un angle à l'autre et qui est plus ou moins profond, selon la gravité de l'affection.

Comment agit cette opération ? Est-ce en amenant une rétraction cicatricielle ? Est-ce détruisant l'élément spasmodique ? Probablement en produisant ces deux effets simultanément. En tout cas, c'est une opération facile, dont les suites sont des plus bénignes. Aussi M. Issoulier a-t-il rendu un véritable service à la chirurgie oculaire en la vulgarisant, et en montrant que si elle est dirigée surtout contre l'entropion, elle donne des résultats non moins heureux dans les cas d'ectropion et de trichiasis.

Des conjonctivites rhumatismales aiguës, par L. Touchet. Thèse de Paris, 1885. — Chez A. Parent.

C'est à partir de Bouillaud qu'on rangea dans le rhumatisme certaines affections comme la pleurésie et les cardiopathies, qui jusque-là étaient considérées comme des complications. On y fit rentrer plus tard quelques inflammations de l'iris, de la choroïde et de la sclérotique ; enfin, c'est dans ces derniers temps seulement que MM. Abadie, Panas et Périn regardèrent certaines conjonctivites comme dépendant de l'affection rhumatismale.

Existe-t-il un caractère distinctif de ces conjonctivites ? Non, pas plus que pour les autres manifestations abarticulaires du rhumatisme ; ce n'est que par l'ensemble de la maladie, la coïncidence de fluxions articulaires, l'existence d'antécédents héréditaires que l'on parviendra à établir la nature de l'inflammation conjonctivale.

Celle-ci n'offre d'ailleurs rien de spécial dans sa marche, sinon qu'elle revêt plus volontiers la forme séreuse et qu'elle est sujette à des rechutes et à des récidives. M. Touchet admet, comme M. Périn, que l'inflammation peut, dans des cas exceptionnels, aller jusqu'à la purulence. Cette opinion n'est d'ailleurs pas dangereuse, car l'auteur fait jouer au traitement local le principal rôle dans la médication, et dès lors la nature de la conjonctivite n'est plus qu'une chose secondaire.

Toupet.

BULLETIN

Hygiène publique : assainissement des villes ; — Création d'instituts ou de laboratoires d'études pour la prophylaxie des maladies transmissibles.

Les questions d'hygiène publique ont plus que jamais fixé l'attention dans ces derniers temps. Ce n'est pas nous qui nous en plaindrons ; nous exprimerons seulement le regret que le projet de réunir sous une seule et même direction tous les services d'hygiène, malgré les excellentes raisons qui militent en sa faveur et les efforts déjà tentés pour le réaliser, soit encore si peu avancé. Peut-être le ministre actuel du commerce et de l'industrie, par l'étude personnelle qu'il vient de faire des améliorations à effectuer dans nos grands ports de la Méditerranée pour la prophylaxie des maladies d'importation, sera-t-il mieux disposé que ses prédécesseurs à écouter favorablement les réformes proposées. On pourrait l'espérer si la politique, toujours aussi envahissante et militante, laissait à nos gouvernants le temps de s'occuper sérieusement des affaires d'intérêt général. Mais quand cet heureux état de choses se réalisera-t-il ? En attendant, constatons et enregistrons les études, les projets, les discussions, enfin les mesu-

res adoptées, ayant pour but la sauvegarde de la santé publique.

Nous trouvons, par ordre chronologique, un rapport sur l'assainissement de Paris, présenté au Conseil municipal de cette ville par M. Deligny, au nom d'une commission chargée d'examiner les résultats de l'enquête poursuivie dans les vingt arrondissements sous la direction de la Commission supérieure d'assainissement. Il y a quelques semaines, dans un travail communiqué à l'Académie de médecine, M. Durand-Claye a donné la primeur des résultats de cette enquête.

L'étude poursuivie par la Commission supérieure d'assainissement, dont les conclusions sont adoptées par la Commission municipale, comprend deux parties : l'assainissement de l'habitation, celui de la rue et de la canalisation souterraine.

Tout le monde, si nous ne nous trompons, est ou sera d'accord sur le principe de l'assainissement des maisons, qui repose essentiellement sur la substitution du siphon hydraulique à tout autre système pour l'occlusion des orifices d'évacuation des eaux ménagères et pour les tuyaux de descente des eaux pluviales. Comme nous n'entendons pas ici discuter le projet, nous ne nous arrêtons pas à la quantité d'eau à distribuer, au diamètre ou à l'inclinaison des tuyaux de conduite, encore moins aux dispositions administratives examinées dans ce rapport.

Le second point, relatif à l'assainissement de la rue et de la canalisation souterraine, est toujours en discussion ; il s'agit de l'application du système du *tout à l'égout*. En présence des objections que ce système a soulevées, et qui ne peuvent tomber que devant l'évidence des faits, l'administration municipale a institué des essais qui semblent jusqu'à ce jour favorables, mais qu'elle désire poursuivre sur une plus grande échelle, en prenant tout un quartier pour champ d'expérimentation. Le rapporteur de la Commission municipale donne au mot *quartier* un sens extensif en comprenant sous ce terme l'ensemble des maisons et des rues dont la situation et l'aménagement permettent dès à présent, sans inconvénient, le déversement des vidanges dans les égouts collecteurs. Cependant l'expérimentation sera poursuivie avec prudence : « On procèdera successivement, dit le rapporteur, du facile au difficile, du certain à l'incertain. C'est en cela que l'opération conservera longtemps le caractère d'une application d'*essais*. » Dans ces conditions et avec ces réserves, on ne peut qu'approuver les conclusions de la Commission municipale.

— Nous avons fait allusion, un peu plus haut, au voyage de M. Lockroy à Marseille et à Toulon, où il s'est rendu avec les principaux représentants officiels de l'hygiène publique, MM. Brouardel, Proust et Didiot, pour étudier *de visu* les conditions d'assainissement de ces deux villes. Il ne s'agit pas seulement ici d'un intérêt local : l'expérience a prouvé que l'insalubrité des deux ports en question est une menace perpétuelle de danger pour toute la France. On n'est surpris que d'une chose, c'est que les autorités locales et le gouvernement en soient encore à la période d'étude pour les travaux d'assainissement à instituer. Nous ne nous dissimulons d'ailleurs pas les difficultés de cette étude et de ces travaux. Veut-on, par exemple, pour éviter les sources de danger inhérentes à toute grande agglomération, choisir un point isolé du littoral, comme l'île de Porquerolles, pour le débarquement des troupes du Tonkin et l'établissement d'un lazaret ? Immédiatement des protestations surgissent, non seulement de la part des populations voisines, mais encore du Conseil général de la Seine, en raison du nombre de pupilles de ce département qui sont envoyés dans l'île de Porquerolles. Il est inévitable que, dans toutes ces questions, il y ait des conflits entre intéressés ; c'est aux intérêts particuliers ou restreints de céder devant l'intérêt général.

— A côté de ces grands projets d'assainissement des villes, la prophylaxie des maladies infectieuses vient de conduire à l'adoption de mesures qui marqueront dans l'histoire médicale de notre époque : nous voulons parler de la création de l'*Institut Pasteur* pour le traitement préventif de la rage après morsure, et de la création, sans doute prochaine, de laboratoires d'études pour la guérison expérimentale de la tuberculose.

L'Institut Pasteur, dans les conditions où il est créé, est une œuvre à la fois scientifique et humanitaire, dont l'illustre savant a le droit d'être fier et qui honore notre pays tout entier. Les succès déjà obtenus en présageant sans doute de plus grands encore ; nous devons tous faire des vœux pour qu'il en soit ainsi.

Des vœux non moins ardents doivent accompagner les recherches qui vont s'organiser sous l'impulsion de M. Verneuil pour combattre la tuberculose, à laquelle l'espèce humaine paye la dîme la plus cruelle. Ainsi que l'a montré le récent rapport de M. Vallin à la Société médicale des hôpitaux, l'enquête relative à la contagiosité de cette maladie a été à peu près stérile, car on ne peut rien conclure de 439 faits dont 213 confirmeraient et 226 contrediraient cette contagion. Si les recherches cliniques sont à ce point difficiles et peu fécondes, les recherches expérimentales auront-elles plus de succès ? Sans se faire des illusions, on peut toujours tenter, et le nombre croissant des souscriptions qui répondent à l'initiative de M. Verneuil montre que l'opinion publique s'associe à ses espérances, ou tout au moins à ses efforts.

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

Les bourses de voyages pour les internes lauréats des hôpitaux. — Il est question de remplacer le concours de la médaille d'or des hôpitaux par un autre concours ayant pour but l'obtention de bourses de voyage. Ce projet serait appuyé par MM. Moutard-Martin et Nicaise, membres du conseil de surveillance. Il serait créé quatre bourses de voyage, deux pour les internes en médecine et deux pour les internes en chirurgie. Ces bourses permettraient à ceux qui les auraient obtenues, un séjour de deux ans à l'étranger. Nous ignorons l'accueil fait à ce projet par les principaux intéressés, mais il nous semble réaliser une réforme utile. Les avantages offerts actuellement aux lauréats de la médaille d'or pour les récompenser de la sorte d'entraînement à laquelle ils se sont soumis pendant quatre ans, nous semblent inférieurs à ceux qu'ils trouveraient dans une disposition nouvelle, leur permettant de choisir, dès le début de l'internat, entre les études plus spécialement médicales ou chirurgicales, et d'aller ensuite compléter ces études à l'étranger par la comparaison des méthodes suivies de préférence dans les divers pays et des résultats qu'elles donnent.

— Le prochain congrès international d'hygiène. — On sait que le 6e Congrès international d'hygiène devait se réunir à Vienne l'été prochain. Or, les hygiénistes viennois n'ayant pas d'Institut hygiénique dans leur ville, n'ont pas réussi à s'organiser à temps, si bien que dans le dernier numéro de la Revue d'hygiène, M. Vallin semblait douter que le Congrès pût se réunir même en 1887. Aujourd'hui, la Société autrichienne d'hygiène nous annonce qu'elle a résolu, dans son assemblée du 13 janvier 1886, de former un comité d'organisation chargé de tous les préparatifs du Congrès, afin que le Congrès de Vienne fasse dignement suite aux assemblées analogues précédentes, ayant eu lieu à Bruxelles, à Paris, à Turin, à Genève et à La Haye. Les motifs qui ont amené nos confrères de Vienne à remettre le 6e Congrès à l'année prochaine sont les suivants : D'abord ils ont cru que le temps disponible d'ici jusqu'au mois d'août ne pouvait suffire à organiser sérieusement une conférence de l'importance des congrès internationaux d'hygiène; puis ils allèguent que le congrès (*annuel*) des naturalistes et médecins allemands devant avoir lieu en 1886 à Berlin vers la même époque, une grande partie des médecins allemands ne pourrait prendre part au Congrès d'hygiène. Cette seconde raison paraîtra peut-être moins importante que la première, quand on réfléchit qu'il suffirait d'ouvrir le Congrès d'hygiène quelques semaines après le Congrès de Berlin.

Quoi qu'il en soit, acceptons le délai d'un an sans déplaisir, car les congrès hygiéniques étaient par trop rapprochés, surtout si l'on réfléchit que les congrès internationaux des médecins qui embrassent toutes les branches de l'art et de la science ne se réunissent que tous les trois ans (1).

Dr Paul Fabre (de Commentry).

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bochefontaine, chef du laboratoire de pathologie expérimentale de la Faculté de médecine de Paris, et de M. Courty, professeur honoraire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Institut Pasteur. — Les membres du comité de patronage de l'Institut Pasteur, pour le traitement de la rage après morsure, dont le Journal des Sociétés scientifiques, dans son dernier numéro, a annoncé la création, se compose de :

MM. l'amiral Jurien de La Gravière, président de l'Académie des sciences; — Gosselin, vice-président de l'Académie des sciences; — Bertrand, de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; — Pasteur, de l'Académie française et de l'Académie des sciences; — Vulpian, Marey, Bert, Richet, Charcot, Hervé-Mangon, et de Freycinet, de l'Académie des sciences; — Camille Doucet, secrétaire perpétuel de l'Académie française; — Wallon, secrétaire perpétuel de l'Académie des inscriptions et belles lettres; — Delaborde, secrétaire perpétuel de l'Académie des beaux-arts; — Jules Simon, de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques; — Magnin, gouverneur de la Banque de France; — Christophle, gouverneur du Crédit foncier; — Alphonse de Rothschild, membre de l'Institut; — Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; — Brouardel, professeur à la Faculté de médecine, président du comité consultatif d'hygiène publique de France; — Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

(1) Adresser les adhésions au Congrès de Vienne à M. F. de Gruber, secrétaire de la Société autrichienne d'hygiène, à Vienne.

Nous rappelons ici que les souscriptions sont reçues à la Banque de France et dans ses succursales; — au Crédit foncier et dans ses succursales; — chez les trésoriers-payeurs généraux; — chez les receveurs particuliers et les percepteurs.

Les noms des souscripteurs seront insérés au *Journal officiel*.

Faculté de médecine de Paris. — Les cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 16 mars 1886 :

COURS

Histoire naturelle médicale. — M. Baillon : Les plantes employées en médecine; lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand Amphithéâtre).

Physiologie. — M. Béclard : La circulation, la respiration, le sang, la chaleur animale; lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale. — M. Guyon : Les luxations et les fractures; lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Médecine légale. — M. Brouardel : Déontologie médicale, asphyxie de cause mécanique, pendaison, strangulation, suffocation, submersion, infanticide; lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Pharmacologie. — M. Regnauld : Généralités sur la pharmacologie, étude spéciale des médicaments considérés au point de vue de la chimie et de l'art de formuler; mardi, jeudi, samedi, à midi (Petit Amphithéâtre).

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Bouchard : Troubles fonctionnels des grands appareils; leur rôle pathogénique; mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie interne. — M. Damaschino : Les scléroses de la moelle, les maladies du mésocéphale et des nerfs périphériques; mardi, jeudi et samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Vulpian : Etudes de pathologie expérimentale sur les sécrétions et sur la circulation; mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre).

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Tarnier : Accouchement prématuré, artificiel, opération césarienne, pathologie de la grossesse; lundi, mercredi, vendredi, à midi (Grand Amphithéâtre).

Hygiène. — M. Proust : Hygiène et assainissement des villes (la ville de Paris en particulier); mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Thérapeutique et matière médicale. — M. Hayem : Les grandes médications : antiseptique, sthénique, antipyrétique, antiphlogistique, etc.; lundi, mercredi, veneredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Exercices pratiques de médecine légale à la Morgue. — M. Brouardel : Exercices pratiques à la Morgue; lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

CLINIQUES

(Elles auront lieu comme dans le service d'hiver.)

COURS AUXILIAIRES (Amphithéâtre Laënnec).

Pathologie interne. — M. Joffroy : Maladies générales, pyrexies, intoxications; lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Pathologie externe. — M. Humbert : Maladies générales chirurgicales, maladies chirurgicales des membres; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie médicale. — M. Hanriot : Principaux métaux employés en médecine, chimie organique; lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 3/4 (Grand Amphithéâtre).

Histoire naturelle. — M. Raphaël Blanchard : Insectes et vertébrés intéressant la médecine; jeudi, samedi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre).

Physique. — M. Gariel : Instruments d'optique, électricité, magnétisme, actions moléculaires; mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (Petit Amphithéâtre).

Physiologie. — M. Reynier : Les organes des sens ; mardi, samedi, à 1 heure (Amphithéâtre Laënnec).

Anatomie pathologique. — M. Hanot : Lésions des systèmes cardio-vasculaire et lymphatique ; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Amphithéâtre de l'École pratique, ancien collège Rollin).

Accouchements. — M. Pinard : Dystocie ; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

TRAVAUX PRATIQUES

Chimie. — M. Hanriot ; mardi, jeudi, samedi, de 7 heures 1½ à 10 heures du matin.

Physique. — M. Guébhard ; mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures.

Histoire naturelle. — M. Faguet : lundi, mardi, jeudi, samedi, à 7 heures 1½ du matin.

Physiologie. — M. Laborde ; mardi, jeudi, samedi, à 1 heure 1½.

Histologie. — M. Rémy ; mardi, jeudi, samedi, de 3 heures à 5 heures.

Médecine opératoire. — M. Farabeuf ; tous les jours, de 1 heure à 4 heures.

Anatomie pathologique. — M. Gombault ; tous les jours, à 2 heures.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 28 février au samedi 6 mars 1886

Fièvre typhoïde 22. — Variole 9. — Rougeole 20. — Scarlatine 4. — Coqueluche 8. — Diphtérie, croup 53 — Choléra 0. — Dysentérie 0, — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 45. — Phthisie pulmonaire 252. — Autres tuberculoses 32. — Autres affections générales 74 — Malformation et débilité des âges extrêmes 64. — Bronchite aiguë 53. — Pneumonie 176. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 33. — au sein et mixte 26. — Inconnu 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 111. — de l'appareil circulatoire 96. — de l'appareil respiratoire 111. — de l'appareil digestif 40 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 4 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 26. — Causes non classées 20. — Total de la semaine : 1320 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Manuel d'histoire naturelle médicale (botanique, zoologie), par Lanessan (J.-L. de), professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris, 2ᵉ édition, corrigée et augmentée. Deux forts volumes in-18 formant 2300 pages avec 2050 figures dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Cours élémentaire de culture des bois, 6ᵉ édition publiée par MM. A. Lorentz, directeur des forêts au ministère de l'agriculture et L. Tassy. Un beau volume in-8 de 750 pages, avec une planche hors texte. — Prix : 9 fr. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE ;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

Contribution à la chirurgie conservatrice.

DU RACCOURCISSEMENT MÉTHODIQUE DES OS DES MEMBRES DANS LE TRAITEMENT DES LÉSIONS AVEC DESTRUCTION ÉTENDUE DES PARTIES MOLLES, par le docteur MARTEL, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo.

Suite et fin. — Voir les numéros 9 et 11.

La conservation du membre étant reconnue possible, d'après les indications que je me suis efforcé d'élucider, quel est le moment le plus convenable pour agir ?

Les grands délabrements qui nous occupent sont presque toujours accompagnés de contusion profonde, de broiement des tissus. On sait combien il est difficile d'établir d'emblée quelle sera la limite de la mortification, ce qui contraint, dans les amputations immédiates, à sacrifier largement les parties blessées pour éviter le sphacèle du moignon. Il faut donc ici, avant d'intervenir, attendre que le sillon d'élimination soit définitivement établi. Alors seulement on pourra se rendre compte des exigences de la compensation à obtenir. En même temps, on aura atteint la période de suppuration louable, et la chute de la réaction inflammatoire locale et générale, que les précautions antiseptiques les plus minutieuses ne parviennent pas toujours à empêcher, et qui a pu commencer déjà avant leur emploi. Il est d'autant plus nécessaire de se conformer à ces indications que l'on agit, le plus souvent, sur des os très compromis, et qu'il faut à tout prix éviter la nécrose consécutive dont l'apparition compromettrait gravement l'action de la suture osseuse. Il me semble que le moment favorable se trouvera entre le dixième et le vingtième jour après l'accident, plus tard encore si des complications locales ou générales augmentent le danger de l'intervention, dont nous n'admettons d'ailleurs que l'urgence n'existe pas pour la conservation de la vie.

J'ai temporisé trop longtemps la première fois, à cause de mes incertitudes. Dans le deuxième fait le temps perdu ne m'incombe pas, mais bien aux conditions matérielles auxquelles j'étais soumis. L'opportunité pour chaque cas sera donc laissée à l'appréciation du chirurgien, en se rappelant toutefois que les délais inutiles exposent à des périls plus ou moins prévus, lorsqu'il s'agit d'une lésion dont la guérison exige toujours un temps fort long.

On peut cependant prévoir le cas où la lésion produite par une section nette des parties molles ne donnera pas lieu de craindre l'extension en largeur et en profondeur de la perte de

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Mars 1886.

Un homme heureux. — La vertu du travail. — Triomphe de M. Pasteur. — La statue de Claude Bernard. — Projet de statue à Charles Robin. — Jules Guérin et le journalisme médical. — Quelques morts. — Le dépôt du chloroforme.

S'il est en ce monde, et au jour où nous sommes, un homme qui ait pu goûter les jouissances du vrai bonheur, c'est bien M. Pasteur. Quel exemple et quel enseignement! Voilà bien celui qui a pris à tâche, nous semble-t-il, de démontrer expérimentalement et en sa propre personne combien sont vraies les paroles du poète :

.... *Labor omnia vincit*
Improbus.............................

Parti d'une situation modeste, Pasteur travaille, il accumule recherches sur recherches; il arrive à l'École normale, il y enseigne la chimie à de jeunes aspirants au professorat dans nos lycées. Un beau jour, quelques esprits un peu aventureux, quoique fort dignes d'estime, viennent soutenir la thèse des générations spontanées. Pasteur, doué d'un bon instinct, s'appuyant d'ailleurs sur une tradition des moins discutables qui dit : *Omne vivum ex ovo*, s'émeut et proteste. En vain la théorie des hétérogénistes est-elle accueillie avec passion par la jeunesse des Écoles, non pas tant en ce que cette théorie peut avoir de sérieux et de fondé, mais surtout en raison des trouées qu'elle semble faire à la cosmogonie généralement admise, à la doctrine officiellement professée. Pasteur, au nom de l'observation, se récrie, et il a raison. Il fait voir non seulement ce qu'a d'hypothétique, d'invraisemblable et même d'absurde, au point de vue scientifique, la croyance à la génération spontanée, mais il ajoute : Quel triomphe pour les matérialistes s'il était démontré qu'un être animé peut se faire et se fait de rien! Ici, M. Pasteur allait trop loin et semblait solliciter les ripostes de ses adversaires l'accusant non de faire une réfutation, mais plutôt un appel au bras séculier pour la défense des bonnes doctrines. Il était plus facile et plus pratique en même temps que

substance, où les tissus coupés et peu contusionnés pourront supporter une intervention opératoire immédiate. Celle-ci constituera pour le blessé une grande économie de temps, de souffrances et de danger.

Je n'ai rien à dire au sujet des faits analogues à celui de M. Lœbker, où il s'agit non de la conservation du membre, mais de la restitution de ses fonctions. L'opérateur pourra choisir l'instant selon ses appréciations et le désir du patient; mais les remarques que je viens de faire s'appliquent aux cas pathologiques présentant les indications du raccourcissement du squelette. Il faudra attendre la fin du processus ulcéreux ou gangréneux.

Le procédé opératoire est celui de la résection dans la continuité des os, avec toutes les variantes que peuvent lui imprimer les conditions diverses du traumatisme, surtout en ce qui concerne le système osseux, qu'il y ait ou non fracture, car, pour les parties molles, elles sont toujours, dans les cas qui nous occupent, non seulement divisées, mais largement détruites, ce qui distingue ces cas des fractures compliquées en général où l'intégrité relative des parties molles permet de *réduire* et de *contenir* les os divisés. La suture osseuse n'y est généralement pas nécessaire, quoique parfois utile (Béranger-Féraud). Il en est tout autrement après le *désossement* étendu, non pas pour combattre le chevauchement et les déviations latérales, mais pour tenir en contact les surfaces osseuses que tend énergiquement à éloigner l'élasticité des chairs tassées par le raccourcissement forcé.

L'étendue de la partie enlevée sera, aussi exactement que possible, proportionnée à la compensation nécessaire pour que le rapprochement des extrémités de la plaie permette une cicatrice convenable. On comprend l'importance de ne rien sacrifier inutilement, mais aussi de ne pas rester en deçà du nécessaire. J'ai dû tâtonner, ce qui a légèrement prolongé la durée de l'opération. Cet inconvénient a été largement compensé par l'exactitude qu'il m'a permis d'atteindre. Il est évident qu'il faut tenir compte de l'état du squelette, compromis lui-même. Comme on l'a vu, j'ai eu l'heureuse chance de pouvoir répondre à la fois aux deux indications. La suppression nécessaire pour la cicatrisation m'a permis, en même temps, de débarrasser les os des parties suspectes.

La nature même de la lésion rendra facile, en même temps que préférable, pour les os volumineux, l'emploi de la scie ordinaire plutôt que de la scie à chaîne. Le ciseau pourrait, à la rigueur, être employé, comme dans l'ostéotomie cunéiforme, lorsque l'os non fracturé devra être divisé, ainsi que j'eusse fait dans la première observation aux limites de la perte de substance. Pour les petits os, la pince coupante, exigeant moins de délabrements, m'a été d'un bon usage et son emploi n'a rien laissé à désirer, sur le moment ni dans la suite, pour la division du péroné. La réunion de cet os, que je n'ai pas pu constater directement, s'est faite, autant qu'on peut en juger par le résultat et la forme du membre, d'une façon tout à fait régulière et complète, et certainement comme on pouvait le désirer.

Je n'ai pas à insister sur les parties accessoires du traitement, qui se rapproche de celui des résections. J'ai employé le pansement phéniqué humide, avec des attelles de gutta-percha, plus tard le silicate de potasse. Le plâtre remplira les mêmes indications. Une gouttière bien ajustée, des attelles métalliques, pourront aussi être utilement employées.

J'ai cru avantageux de laisser longtemps (un mois) en place le fil d'argent, et ne m'en suis pas repenti. Enfin, les bandelettes de sparadrap imbriquées, la greffe épidermique, ont abrégé la dernière période, c'est-à-dire la cicatrisation de la plaie réduite à l'état d'ulcération simple.

La longue durée, les souffrances plus grandes, et aussi la prolongation de la période dangereuse sont malheureusement inhérentes à ce mode de traitement, comme à presque tous ceux qui constituent la chirurgie conservatrice; mais ces inconvénients, atténués par les ressources de l'antisepsie chirurgicale (agents parasiticides et pansements ouatés), sont largement payés par la conservation d'un membre encore utile et dont le fonctionnement peut être assuré par un appareil très simple et, au besoin, très peu dispendieux.

Conclusions.

I. — Le raccourcissement méthodique des os peut être substitué à l'amputation indiquée par l'étendue de la perte de substance des parties molles et l'impossibilité de la cicatrisation régulière.

II. — Les avantages de ce mode de traitement, évidents en théorie pour le membre supérieur, ont été réalisés à la jambe qui, raccourcie de 8 centimètres environ, est restée utile.

---

plus prudent de rester sur un terrain plus solide, celui de la science expérimentale et de la philosophie sérieuse. Pasteur, cependant, était sorti de l'obscurité bien plus vite par cette incursion audacieuse et non justifiée en pays défendu que par ses travaux de laboratoire. Mais en même temps il commence à devenir impopulaire. Pasteur a trop l'air, en défendant la cause de la vérité scientifique, de défendre le trône et l'autel. Pouchet (de Rouen), Joly (de Toulouse), Musset (de Bordeaux) triomphent et d'un triomphe facile. Pasteur est dès lors tout à fait mal noté, surtout parmi les étudiants à tête folle. Mais que lui importe le mauvais résultat de son escapade sur un terrain qui doit rester en dehors des recherches scientifiques. Il a la passion de la vérité; il possède au suprême degré l'amour du travail. Il se remet à l'œuvre. Ce qui n'avait été que la révolte d'un esprit droit devient un stimulant pour de nouvelles études et de sérieuses recherches qui aboutiront à des découvertes incontestables et bienfaisantes. En vain, proteste-t-on encore,

« *Pasteur*, poursuivant sa carrière,
Verse des torrents de lumière
Sur ses obscurs blasphémateurs. »

Rien ne semble l'émouvoir, pas même la critique; il suit sa voie. Rien ne l'aveugle, pas même les adulations exagérées et intempestives de thuriféraires, jaloux de se faire une livrée de quelques oripeaux arrachés à leur maître. Pasteur continue de travailler, et pourtant, étant de bonne race, nul ne ressent mieux que lui l'aiguillon de la critique; il se cabre facilement; mais, sans se retourner, il a bientôt fait de courir plus vite à son but.

Aujourd'hui, la France est glorieuse d'un tel homme. Elle a le droit d'en être fière, elle en a même le devoir. L'humanité tout entière peut marquer d'un caillou blanc,

. . . . albo numeranda lapillo,

le jour où Pasteur est venu, en plein Institut, exposer les résultats de ses recherches sur la prophylaxie de la rage chez l'homme mordu par un chien hydrophobe.

Pasteur a bien mérité de l'humanité. La France lui doit mieux que des remerciements sonores, mieux que des honneurs éphémères; elle devra perpétuer sa mémoire par l'érection d'une statue, non à l'Ecole normale, ni devant l'Institut ou l'Académie de médecine, mais en plein air, en pleins Champs-Elysées, au milieu de la foule à laquelle on devra rappeler ce que peut faire, pour

III. — La supériorité du membre conservé sur les appareils prothétiques, incontestable au point de vue esthétique, s'est affirmée également au point de vue fonctionnel et économique.

IV. — La prolongation du traitement, de la douleur et de la période dangereuse, inconvénients communs aux agissements qui constituent la chirurgie conservatrice, sont donc largement compensés; ils sont d'ailleurs très atténués par l'antisepsie chirurgicale (agents désinfectants et pansement ouaté).

V. — Le raccourcissement méthodique des os a été appliqué à la restitution des fonctions de l'avant-bras (Lœbker) avant d'être employé pour la conservation d'un membre gravement mutilé.

Il pourra être aussi substitué à l'amputation dans les pertes de substance dues à des causes pathologiques (ulcération, gangrène).

VI. — Le procédé opératoire variera selon les circonstances. L'emploi de la scie droite sera généralement préférable pour les os volumineux. On pourra parfois employer le ciseau. La pince coupante conviendra très bien pour les os moyens et petits. La suture osseuse sera généralement sinon toujours indispensable.

VII. — Le résultat sera d'autant plus sûr et plus satisfaisant que les jointures ne seront pas compromises par la lésion ou par l'opération. Les lésions et les résections articulaires restent complétement en dehors des cas visés dans ce travail.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

D'une variété nouvelle de kystes du cou (kyste crico-thyroïdien), par Paul Blocq, interne des hôpitaux.

I

Le groupe des tumeurs dont nous nous proposons l'étude n'a pas encore été décrit spécialement, ou du moins nous n'avons trouvé nulle trace dans les auteurs de la différenciation dont nous entreprenons de démontrer la légitimité.

Le fait d'une localisation anatomique n'est cependant pas la seule particularité qui distingue le kyste crico-thyroïdien; il diffère aussi de ses congénères par divers modes de son évolution, et par suite nous paraît mériter de prendre rang dans le cadre nosographique au même titre que d'autres tumeurs analogues de la région, telles que les kystes hyo-thyroïdiens et pré-thyroïdiens, par exemple, qui ne doivent sans doute qu'à leur plus grande fréquence d'avoir été classés depuis longtemps déjà.

Il y a lieu d'être surpris que l'idée de cette ségrégation n'ait pas surgi dans l'esprit des auteurs, qui certes ont dû voir des faits semblables à ceux qui font l'objet de notre travail.

La pensée nous en a été imposée pour ainsi dire par le rapprochement de trois cas du même genre, que nous avons eu la bonne fortune d'observer à peu de temps d'intervalle.

Nul doute que, le cadre tracé, maintes observations ultérieures ne viennent le remplir et combler les lacunes inhérentes à la pénurie relative des faits qui nous servent à l'édifier, leur fréquence nous semblant suffisamment prouvée par cela seul que, dans le même service de chirurgie, nous les avons pu rassembler dans l'année.

Ainsi en a-t-il été du reste de certaines affections dont les exemples ont afflué dès l'instant où elles ont été classées; aussi serions-nous assez disposé à invoquer cet argument contre le reproche qu'on nous pourrait faire du nombre restreint de nos observations. Ajoutons, pour justifier l'opportunité de cette différenciation, qu'il nous suffirait de produire des observations de quelque intérêt, sans leur imposer en somme la mission de remplir ce but précis.

Nous ferons tout d'abord l'exposé de nos observations; nous montrerons ensuite, par un très court historique des kystes du cou en général, que les cas de même sorte ne sont l'objet d'aucune mention spéciale, qu'ils soot omis dans les variétés jusqu'ici créées. Puis nous entreprendrons une courte esquisse nosologique et nous dirons quelques mots sur la pathogénie et l'anatomie pathologique. Nous tirerons enfin des conclusions terminales.

II

Observation I. — *Kyste crico-thyroïdien congénital.*

Eugénie Sir..., âgée de 16 ans, journalière, entre le 15 mai 1883 à l'hôpital Tenon, où elle occupe le lit n° 26 de la salle Delessert (service de M. le docteur Gillette). Ses parents sont actuellement

---

l'humanité, le travail opiniâtrement poursuivi. Et ce n'est pas sans plaisir que nous applaudissons ici au succès de M. Pasteur, en ce journal, où nous lui avons souvent marchandé nos éloges, en ce journal qui a toujours sauvegardé les droits de la critique en face sinon des exagérations, au moins des conclusions prématurées, tirées des travaux de M. Pasteur par la multitude de ses admirateurs enthousiastes.

***

La statue de Claude Bernard, ce studieux, persévérant et si ingénieux investigateur des choses de la vie, est bien à sa place, dans la rue des Écoles, en face de ce collège de France, où il a formé de si remarquables élèves, sur le chemin que suivent ceux qui vont consacrer leurs efforts à continuer son œuvre.

C'est bien là, reproduit par M. Guillaume, le Claude Bernard que nous sommes heureux de revoir et de saluer en effigie, quand nous passons devant ce sanctuaire des études les plus élevées et les plus indépendantes. Claude Bernard a bien mérité cette statue, qui honore non seulement l'homme, mais encore la science qu'il a cultivée, et aussi le pays dont il est la gloire

***

En pourra-t-on dire autant de la statue que quelques élèves zélés d'une école désormais sans disciples projettent d'ériger à la mémoire de Charles Robin? Ici l'amitié peut se faire illusion et dépasser le but. Robin a eu, de son vivant, toutes les places auxquelles un homme peut aspirer. Il n'ambitionnait pas, croyons-nous, la gloire posthume, et il avait raison. Sachons être plus avares de nos apothéoses et ne mettons sur un piédestal exposée aux regards des générations nouvelles, que l'image d'hommes qui puissent, sans être discutés, servir de modèles.

***

Les morts vont vite d'ailleurs, et il ne manque pas d'hommes qui se recommandent aussi bien à la postérité que bon nombre de ceux à qui l'on veut élever des monuments. Tel le fondateur de la Gazette médicale, qui n'aura probablement pas sa statue en France, mais qui aura du moins son buste placé dans l'une des faces de la maison où il est né, à Boussu (Belgique). La municipalité de cette ville a décidé, en outre, que la place principale porterait le nom de Jules Guérin. La commune de Boussu, dit un jour-

bien portants; il n'existe pas, à sa connaissance, d'affection du même genre chez aucun de ses proches. Elle ne peut nous renseigner sur la grossesse dont elle a été le fruit. Quant à elle-même, elle ne porte pas de stigmates de scrofule; elle a eu la rougeole à l'âge de 6 ans et est sujette à des poussées furonculeuses. Réglée depuis un an, elle l'a toujours été régulièrement; pas de pertes blanches.

Elle porte depuis sa jeunesse, dit-elle, une petite tumeur de la région antérieure du cou, dont elle ne s'est jamais plainte.

La tumeur, très petite tout d'abord, a augmenté progressivement, et ce sont seulement des raisons d'esthétique qui l'amènent à l'hôpital.

Nous constatons, en l'examinant, qu'elle a une tumeur dans la région thyroïdienne. Ce néoplasme a la grosseur d'une noix, siége exactement sur la ligne médiane; sa limite supérieure est marquée par l'angle saillant du cartilage thyroïde; inférieurement, il déborde à peine le cartilage cricoïde. Il n'y a pas de changement de coloration de la peau, qui est souple et parfaitement mobile à son niveau. La pression est indolente; il n'y a pas non plus de douleurs spontanées, et on sent une consistance molle et fluctuante. En embrassant le néoplasme entre les doigts et en lui imprimant divers mouvements, on constate qu'il semble indépendant du cartilage thyroïde, car il jouit d'une certaine mobilité. Il adhère toutefois au larynx, car il en suit les mouvements lorsqu'on fait déglutir la malade.

Il n'existe comme trouble fonctionnel qu'un peu de gêne, ressentie dans le pharynx lors de la déglutition; de plus, on constate, mais à un faible degré, de la raucité de la voix. Il n'y a jamais eu de toux ni d'accès de suffocation. L'état général est bon.

La malade, qui espérait la disparition de la tumeur par l'emploi d'une pommade, demande son exeat lorsqu'on lui parle d'une intervention chirurgicale.

Obs. II. — *Kyste crico-thyroïdien suppuré chez un tuberculeux.* — Eugène P..., âgé de 30 ans, sertisseur, entre salle Montyon, no 7, à l'hôpital Tenon, le 12 juin 1883.

Les antécédents héréditaires sont peu intéressants, au point de vue qui nous occupe. Sa mère est morte de la poitrine; son père est actuellement bien portant, ainsi que son frère. Il a perdu sa sœur du choléra.

Lui-même ne paraît pas avoir eu d'accidents scrofuleux, et n'a jamais été malade, sinon qu'il contracta la syphilis à l'âge de dix-neuf ans et en eut, entre autres accidents, un psoriasis rebelle il y a cinq ans. Il avait des habitudes alcooliques. Il a commencé à tousser il y a huit mois, depuis a beaucoup maigri, avait une expectoration abondante qui jamais n'a été teintée de sang. Sans cause appréciable, se montre, il y a deux mois, une petite tumeur, d'abord à peine visible, qui grossit insensiblement, *sans douleurs ni changement de coloration de la peau*. Depuis la présence de cette tumeur, il remarque que la toux est plus fréquente, prend un caractère plus quinteux et est suivie d'accès de suffocation. Sa voix est de plus redevenue rauque.

A l'examen, on constate qu'il s'agit d'un homme amaigri, à état général mauvais, ayant les signes fonctionnels et physiques de la tuberculose pulmonaire; le sommet gauche est ramolli, le droit ne présente que des lésions de l'induration.

Il est porteur d'une tumeur de la région médiane du cou. Celle-ci, de la grosseur d'une grosse noix, est située en avant des cartilages cricoïde et thyroïde, recouvrant incomplètement le dernier et dépassant le premier de quelques millimètres. La peau est rouge, tendue et luisante à son niveau, du reste parfaitement mobile. Il n'y a pas de douleurs spontanément ni à la pression qui permet de constater une fluctuation très nette. La tumeur est adhérente au larynx dont elle suit tous les mouvements. La voix est rauque, bitonale; la toux est quinteuse, fréquente et suivie d'expectoration abondante.

Toutefois la dyspnée est modérée d'une façon habituelle, mais il existe, à la suite des quintes, des sortes d'accès de suffocation. La déglutition est gênée.

Les phénomènes généraux, peu prononcés, ne sauraient être mis au compte de l'affection locale, en présence de l'infection tuberculeuse avérée du malade.

16 juin. — Une incision cruciale donne issue à environ 30 grammes de liquide louche, épais, visqueux, manifestement purulent; l'exploration de la cavité la montre tomenteuse, la paroi postérieure est en rapport avec la membrane crico-thyroïdienne, mais en dépasse les limites pour envahir une légère partie des deux cartilages, principalement le cricoïde, accessoirement le thyroïde. — Badigeonnage iodé, pansement antiseptique à l'acide phénique.

18 juin. — Il y a eu à la suite de l'opération une détente des signes fonctionnels, mais toutefois les phénomènes laryngés, raucité de la voix, accès de toux, persistent.

20 juin. — Le fond de la plaie paraît tapissé d'une sorte de couenne blanche, mollasse, lardacée, indolente, reposant sur la membrane, qui semble épaissie et indurée à son niveau; en pressant cette zone indurée, on en fait sourdre par divers points une matière blanchâtre, caséeuse, analogue à du mastic comme consistance et comme aspect.

26 juin. — Les signes fonctionnels, raucité de la voix, dysphagie, accès de dyspnée, sont stationnaires. La plaie, quoique considérablement rétrécie, donne encore lieu à une faible suppuration. Son fond paraît toujours formé d'une substance caséiforme. Toutefois,

---

nal de la contrée, est fière de revendiquer le docteur Guérin comme un de ses enfants, et tient à honneur d'en perpétuer le souvenir.

Jules Guérin fut mieux qu'un actif travailleur, qu'un praticien intelligent et progressif, il mit au service de la science ses rares facultés de critique et de vulgarisateur. Excitant à la production, encourageant les efforts même infructueux, jugeant les résultats, guidant les chercheurs inexpérimentés, condamnant les audacieux qui désertaient le vrai chemin, aplanissant les difficultés de la route aux débutants, il a concouru pour une part considérable à faire progresser les sciences médicales. Il a été un admirable éclaireur, un chercheur souvent heureux, un critique on ne peut plus perspicace, un dialecticien hors ligne et un écrivain des plus lucides en même temps qu'un accoucheur d'idées.

* * *

Puis voici que coup sur coup meurent des praticiens remarquables chacun dans leur spécialité. Donnons un souvenir à Fauconneau-Dufresne dont les travaux sur les maladies du foie et spécialement sur les coliques hépatiques font autorité; à Jules Decorse, chirurgien de l'Asile national de Charenton, auteur d'un excellent travail (sa thèse inaugurale) sur la chirurgie des aliénés et qui, de simple ouvrier imprimeur, avait sû, par l'énergie de son caractère, arriver, en passant par la chirurgie navale, à la situation qu'il occupait jeune encore, puisqu'il est mort à 47 ans; à Billod, qui avait attaché son nom à la question si discutée et si discutable de la *pellagre des aliénés*. La Faculté de Montpellier a vu s'éteindre, à quelques semaines d'intervalle, deux de ses meilleurs professeurs, Isidore Dumas, et Courty, dont le nom reste attaché à un des meilleurs traités, sinon au plus remarquable *Traité des maladies de l'utérus.*

* * *

Les hommes de lettres continuent, en voulant faire des incursions sur un terrain qui leur est par trop étranger, à commettre les plus surprenantes bévues. Emile Zola avait déjà été bien drôle en nous montrant un agonisant capable de se couronner *in extremis* du myrte génital. Voici qu'un autre Emile, M. Bergerat, dans *Le Viol* (p. 72) nous montre bien autre chose. Nous citons: « Il rencontra le verre dans lequel elle avait bu le calmant ordonné par Livournet. *Au fond de ce verre, le chloroforme avait*

en le détergeant, on commence à distinguer des bourgeons charnus sous-jacents.

10 juillet. — La plaie est en voie de cicatrisation.

20 juillet. — La cicatrice est formée ; le malade sort, conservant une raucité de la voix presque égale à ce qu'elle était à son entrée. Seules la dysphagie et la dyspnée ne semblent pas avoir persisté.

(*A suivre.*)

REVUE DE DERMATOLOGIE

I. UN NOUVEAU CAS DE PSORIASIS VACCINAL (1). — II. LE TRAITEMENT DU PSORIASIS PAR L'ACIDE CHRYSOPHANIQUE (2). — III. L'ECZÉMA SOLAIRE (3). — IV. CAS DE FIÈVRE EXANTHÉMATIQUE BULLEUSE (4). — V. GRANULOME OU MYCOSIS FONGOÏDE (5). — VI. ORIGINE MICROBIENNE DE L'ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE DES PAYS CHAUDS (6). — VII. APPARITION D'UN ÉRYTHÈME PAPULEUX CONSÉCUTIF A L'INGESTION D'ACIDE BENZOÏQUE (7). — VIII. DU TRAITEMENT LOCAL DE L'ECZÉMA (8).

Suite. — Voir le numéro précédent.

V. — Le professeur Anspitz a observé un cas de mycosis fongoïde chez une femme de 34 ans, mariée depuis deux ans, sans enfants, qui est entrée dans son service en mois d'août 1884. Cette femme était restée bien portante jusqu'à la fin de 1879. A cette époque, survinrent des maux d'estomac, et, bientôt après apparurent des taches rouges, accompagnées de vésicules, surtout au dos, avec démangeaisons. En 1883, ces taches se sont généralisées à tout le corps. Puis, survinrent des excoriations, à bords saillante, avec un peu de suppuration ; puis des plaques squameuses avec prurit se développèrent. Auspitz, à ce moment, institua un traitement reconstituant, fer et boissons alcooliques, appliquant localement des désinfectants et de l'iodoforme. La douleur des plaies végétantes fut calmée par des injections de morphine. Puis vint l'emploi des caustiques, d'une solution de sublimé au 15/000ᵉ, et surtout l'iodoforme qui, en janvier 1885, arrivait à provoquer des phénomènes toxiques.

Auspitz et Charles Hochsinger ont constaté l'existence de micro-parasites et nient la présence du schizomicète, admis par Ebert, Bizzozero et Pellizzari.

VI. — L'année dernière, arrivait au Maroui un convoi de transportés arabes, venant des îles du Salut. M. le docteur Le Dantec fut frappé du grand nombre d'ulcères qui se présentèrent à la visite le lendemain et les jours suivants. L'ulcération faisait de rapides ravages et, dans l'espace de quelques jours, il y eut deux entrées à l'hôpital et une vingtaine à l'ambulance. Ayant examiné au microscope une parcelle de putrilage prise dans le fond d'un ulcère et délayée dans une solution de violet de méthylène, M. Le Dantec aperçut une nuée de bacilles. Il examina successivement tous les autres ulcères, et le même bacille s'offrit à ses yeux, toujours identique à lui-même. Au pénitencier de Cayenne et au camp Saint-Denis, même ulcère, même bacille. M. le docteur Roux, à qui ont été confiées les préparations adressées de Cayenne à Paris par M. Le Dantec, a constaté dans ces préparations, et en abondance, un bacille assez grêle, qui n'est accompagné que de quelques microcoques en points doubles ou en chapelets. Il lui semble probable que le bacille prédominant dans tous les cas d'ulcère est la cause de la maladie.

Les divers observateurs ont constaté, dans chacun des pays tropicaux où ils exercent, l'existence d'un ulcère qu'ils décrivent comme spécial à la contrée où ils se trouvent ; de là, les noms de : plaie de l'Yémen (Lefèvre) ; ulcère de Mozambique (Vinson) ; ulcère de la Nouvelle-Calédonie, plaie annamite, ulcère de Cochinchine. D'autre part, les esprits généralisateurs, imbus de la lecture des travaux antérieurs, considérant l'essence même de la maladie, le phagédénisme, décrivent un ulcère unique, revêtant des formes plus ou moins graves, sui-

(1) ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, 1885, pages 498-503.

(2) ARCHIVES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, octobre 1885.

(3) IL MORGAGNI, 1885, p. 528.

(4) ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, 1885, page 471.

(5) VIERTELJAHRS FÜR DERMAT. UND SYPHILIS, 1885.

(6) ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE, juin 1885.

(7) GIORNALE ITALIANO DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE, 1885, p. 193.

(8) JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, de Bruxelles, 1886. Février.

laissé son dépôt opiacé à la senteur fade. » Je me contente de souligner sans mettre des points d'exclamation et sans ajouter non plus les mots de stupéfaction qui vont naturellement sortir des lèvres de nos lecteurs.

Dʳ PETER-PAUL SOMANS.

Des concours s'ouvriront :

Pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Limoges le 6 décembre 1886, devant la Faculté de médecine de Bordeaux ;

Pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Nantes le 8 novembre 1886, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

Pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Nantes le 13 décembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris ;

Pour l'emploi de suppléant de pathologie et de clinique médicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Nantes le 22 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris ;

Pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Tours le 13 décembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris ;

Pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille, le 6 décembre 1886, devant la Faculté de médecine de Montpellier.

Pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Tours, le 22 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris ;

Pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Tours, le 22 novembre 1886, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris.

***

VAL-DE-GRACE. — Un concours s'ouvrira, le 1ᵉʳ juin 1886, à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris, pour deux emplois de professeur agrégé en chirurgie.

En exécution de la décision ministérielle en date du 4 février 1881, les médecins-majors seront seuls admis au concours.

vant les conditions climatériqnes dn pays et snivant l'état de santé de l'individn qui en est frappé (Rochard, 1862 ; Cras, 1862 ; Laure, Le Roy de Méricourt, 1864 ; Chapuis, Rossignol, Moisson, Thaly). De là son nom d'ulcère phagédénique des pays chauds. L'ulcère est donc reconnu unique dans la zone tropicale absolnment comme la diarrhée. Les bacilles rencontrés à la Gnyane viendront corroborer cette opinion, si leur présence est constatée dans les ulcères des autres pays tropicaux.

Le pansement qui a donné les meilleurs resultats est le snivant : Toncher largement, au moyen d'un pinceau, la surface ulcérée, débarrassée de sa boue gangrénée, avec la solntion :

Bichlorure de mercure.... :	2 grammes.
Eau distillée..............	15 —
Alcool......................	15 —

Appliquer alors sur la plaie un grand plumasseau de bichlorure de mercure à 1/1000. Vient ensuite l'emploi de la solution forte de permanganate de potasse, suivi du pansement à la solution faible. Même conduite pour l'acide phénique. Enfin, aprés avoir modifié la plaie avec le perchlorure de fer ou la teinture d'iode, avoir recours an pansement phéniqué ou à un pansement avec poudre de charbon, camphre et quinquina. Le traitement général doit consister en administration de toniqnes divers.

M. Le Dantec arrive anx conclusions suivantes : L'ulcère phagédénique des pays chands est probablement d'origine bacillaire. Pour qn'il y ait ulcère phagédénique, il faut pour les bacilles une porte d'entrée, un milieu de cultnre, c'est-à-dire une plaie déterminée par des causes diverses : frottement des chaussures, chiques, morsures de sangsues, bourhouilles, bouton d'ecthyma, piqûres d'insectes. Cet ulcère fait d'autant plus de ravages qu'il s'attaque à des individns en proie à une misère physiologique causée soit par un séjour prolongé dans une prison (transportés), soit par une endémie palustre (aggravation à la suite d'accès de fièvre), soit par une humidité excessive jointe à une température élevée (de là la gravité spéciale de la plaie annamite). L'ulcère est contagienx et la contagion se fait directement ou indirectement par les objets à pansements, instruments, vétements, mais à condition qu'il y ait plaie déjà constituée. La malpropreté, la marche dans les terres hnmides, sont les causes déterminantes les plus ordinaires de l'ulcère phagédénique. Enfin, le meilleur traitement local est le fer rouge ou l'emploi de la solution plus ou moins concentrée de bichlorure de mercure.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie.

I. Le développement et la genèse de la suppuration sous l'influence des agents chimiques d'irritation, par E. Scheuerlen. (*Archiv. für klin. Chirurgie*, t. XXXII, fasc. 2, 1885.) — II. Des rapports des micro-organismes avec la suppuration, par le docteur Klempeaer. (*Zeitschrift für klinische Medicin*, t. X, fasc. 1 et 2, p. 158, 1885.)

I. Depuis la vulgarisation du pansement antiseptique, les chirurgiens nous fournissent des occasions quotidiennes de voir des plaies se cicatriser par première intention. Ce résultat est à peu prés unanimement attribué à ce que le pansement antiseptiqne met la plaie à l'abri des micro-organismes en suspension dans les milieux ambiants. On a donc été amené à se demander qnel est, au juste, le rôle de ces micro-organismes dans la suppuration, et si leur intervention est nécessaire pour que celle-ci se produise.

Ogston (Archiv. für klinische Chirurgie, t. XXV), avait constaté la présence de micro-organismes dans tous les échantillons de pus provenant d'abcés chauds examinés d'après la méthode de recherches inangurée par Koch. L'exactitude de ces résultats a été confirmée récemment par M. Cornil (Archives de physiologie, 1885, p. 317). Dans l'intervalle, différents expérimentateurs ont fait connaître les résultats de recherches, voire des observations cliniqnes, tendant à imposer cette conclusion : que de simples irritants chimiques peuvent provoquer la suppuration. C'est ainsi que Riedel (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. XII, fasc. 5, p. 447, 1880), Uskoff (Virchow's Archiv, t. LXXXVI, p. 150, 1881), Orthmann (Ibidem, t. TXC, p. 549, 1882), Concillmann (t. XCII, p. 207, 1883), Rosenberg (Congrés de Wiesbaden, 1885) et Passet (Forschritt der Medicin, t. III, no 2, p. 1885) se sont posés en adversaires de l'omnipotence des doctrines bactériennes, pour prétendre que la suppuration peut s'établir dans les tissus, en dehors de toute intervention des microbes, à la suite d'injections sous-cutanées de substances irritantes (huile de croton, essence de térébenthine, mercure, cantharidine, etc.)

Dès 1883, M. Straus (1), en France, avait pris à tâche de réfuter cette assertion. Aprés M. Straus, la question a été reprise par M. Schenerlen et M. Klemperer, qui ont conclu dans le même sens qne notre compatriote. Leurs expériences, que nous allons faire connaître, semblent démontrer que les irritants chimiques injectés dans les tissue d'un animal vivant ne provoquent la suppnration qn'autant qu'on ne réussit pas à remplir toutes les conditions indispensables pour rendre l'opération rigoureusement aseptique. Voici comment ont été conduites les expériences de M. Scheuerlen, faites soue la direction de M. Fehleisen :

Des tubes à vaccin, fusiformes, étaient remplis avec la substance irritante dont on se proposait d'étudier le ponvoir pyogène. Ces tubes étaient de deux calibres : les uns pouvant loger une, les autres quatre gouttes de liquide. Ils étaient déposés pendant une demi-heure dans l'appareil (stérilisateur) de Koch et exposés à un courant de vapeur d'eau de 100o. Ils étaient ensuite saisis dans un petit trocart long de 10 centimètres et introduits sous la peau à des lapins, avec tontes les précautions destinées à rendre l'opération parfaitement aseptique. Ces sortes d'inoculation étaient pratiquées sous la peau du ventre et de la poitrine.

Le nombre total des expériences a été de 32. Le tube introduit sous la peau s'y fixait sans provoquer la moindre réaction. Au bout d'un délai qui varia de huit à quatorze jours, on brisait le tube. Vingt-quatre ou quarante-huit heures plus tard, on constatait, à ce même niveau, le développement d'une tuméfaction circonscrite, légèrement dure, qui augmentait de volume pendant les jours qui suivaient, pour disparaître ensuite par voie de résolution spontanée.

La plupart des animaux ont été sacrifiés du quatrième au huitième jour après le brisement du tube de verre. L'autopsie démontrait que le foyer de tuméfaction avait une longueur un peu supérieure à celle du tube, que sa largeur était de un demi

(1) Compte-rendu des séances de la Société de biologie, 15 décembre 1883, p. 651.

à un centimètre, sa surface lisse, sa couleur d'un blanc jaunâtre, que son contour se délimitait d'une façon très nette du tissu cellulaire ambiant, dont elle se laissait très facilement énucléer.

Les résultats ont été sensiblement les mêmes, quelle que fût la nature de la substance introduite dans le tube. Les substances suivantes : infusion d'ipécacuanha (5/50), décoction de semences de capsicum (5/50), tartre stibié (1/3 d'eau), essence de cantharide, acide formique, ont éveillé la réaction la plus faible. Celle-ci a été plus accusée avec l'essence de térébenthine, l'huile de croton (1/5 d'huile d'olives), l'essence de moutarde, l'huile d'œillet, l'essence de maïs, l'huile de sabine, de cajeput.

La tumeur était constituée par une coque de tissu fibreux infiltré de cellules, formée autour du tube en verre. Il fut impossible d'y découvrir des bactéries. Des inoculations faites dans de la gélatine de culture n'ont donné que des résultats négatifs. L'auteur conclut de ses recherches que les substances irritantes sont incapables de provoquer la suppuration quand on les injecte sous la peau après les avoir préalablement stérilisées.

II. M. Klemperer, dont les recherches ont été faites dans le laboratoire du professeur Leyden (de Berlin), a expérimenté à l'instar de M. Straus : A l'aide du cautère actuel, le tégument externe d'un animal (lapins, cobayes, souris blanches) était escharifié dans l'étendue d'une pièce d'un mark. Les substances irritantes : acides, alcalins à différents degrés de concentration, cantharidine, essence de moutarde, pétrole, essence de térébenthine, huile de croton, mercure, préalablement stérilisées, étaient ensuite injectées à travers l'eschare ; immédiatement après l'injection, on cautérisait au fer rouge le trajet creusé par l'instrument piquant. Aucune de ces expériences (au nombre de 29) n'a donné lieu au développement d'une suppuration. Le résultat a été à peu près constamment une infiltration séreuse plus ou moins prononcée, à la suite des injections d'acide sulfurique (10 à 50 %), de lessive de soude (10 à 25 %), d'essence de moutarde (2 pour 10 d'huile d'olives), de teinture de cantharide (5 pour 20 d'eau distillée, de pétrole). La sérosité qui infiltrait le tissu cellulaire au siège de l'injection était claire, quelquefois très riche en globules blancs ; mais jamais l'emploi des procédés de coloration (Koch-Ehrlich) n'y a fait découvrir des microbes. Plusieurs fois, il s'y trouvait en outre des stries et des cordons filiformes, d'un jaune rougeâtre ou blanchâtre, allant de la peau aux muscles et constitués par des fausses membranes fibrineuses.

A la suite de trois injections d'essence de térébenthine, sans escharification préalable de la peau, il s'était formé de volumineux abcès, contenant des microcoques en très grand nombre. Sur neuf autres expériences, pratiquées avec les précautions indiquées ci-dessus, quatre ont abouti à une simple inflammation séreuse. Dans trois autres expériences, les choses se sont passées de la façon suivante : Entre le deuxième et le troisième jour après l'injection, la peau, tout autour de l'eschare, a été envahie par une inflammation violente (rougeur, chaleur, tuméfaction). Le quatrième jour, la rougeur et la chaleur se sont dissipées. Le lendemain, on constatait la présence d'une tuméfaction circonscrite au-dessous de l'eschare ; le septième jour, cette tumeur atteignait le volume d'une noisette ; sa forme était un peu allongée ; pas de fluctuation. La meilleure comparaison qu'on en pût donner était celle d'un ganglion engorgé. On l'incisa le huitième jour, avec toutes les précautions de rigueur. A la coupe, il ne s'échappa ni pus ni sérosité. L'instrument tranchant traversa une sorte de membrane qui unissait intimement la peau et les muscles superficiels. Après incision de cette membrane, on fit durcir des fragments dans de l'alcool, qu'on fixa ensuite dans de la celluloïdine, pour les colorer au violet de gentiane. Sous le microscope, on découvrait sur ces préparations une zone médiane d'une teinte relativement pâle, de structure exclusivement fibrillaire, et deux zones d'une teinte plus foncée, formées par des fibrilles enserrant dans leurs interstices un grand nombre de globules blancs. Ceux-ci étaient, pour la plupart, déformés et dégénérés. Ces deux zones latérales se continuaient sans ligne de démarcation précise, avec du tissu cellulaire (sous-cutané) de structure normale, mais dont les mailles étaient infiltrées de leucocytes. Ceux-ci se rapprochaient d'autant plus de leur forme naturelle qu'on les examinait en des points plus éloignés du centre de la préparation.

Les injections d'huile de croton et de mercure ont donné des résultats à peu de chose près identiques. Pour expliquer ces résultats, l'auteur fait intervenir la théorie de la nécrose par coagulation de Weigert (Virchow's Archiv, t. LXX, LXXII, LXXIX, LXXXIV) : sous l'influence de divers agents, le protoplasma des cellules est privé de sa vitalité ; or, de même que les leucocytes du plasma, frappés de mort, mettent en liberté le ferment fibrinogène et de la substance fibrinoplastique, de telle sorte que le concours des trois éléments générateurs de la fibrine donne naissance à une coagulation, de même le protoplasma des cellules met en liberté du ferment et de la substance fibrino-plastique ; ceux-ci venant au contact de la substance fibrinogène contenue dans la lymphe qui baigne les cellules, la coagulation se produit. D'après cela, on peut se représenter la zone fibrillaire à teinte pâle comme formée par une couche de fibrine analogue à celle qui constitue les membranes croupales et d'autres produits d'inflammation fibrineuse. Cette couche de fibrine est encastrée dans un tissu solide dont la structure n'a pas subi de modification sensible; donc elle ne peut pas provenir exclusivement des leucocytes extravasés ; le protoplasma des cellules dégénérées du tissu préexistant a pris part à sa formation, après avoir subi, comme le protoplasma des leucocytes extravasés, l'action du ferment fibrinogène. Ainsi se trouve vérifiée l'opinion de Weigert, comme quoi le protoplasma des tissus frappés de mortification se comporte, par rapport au ferment fibrinogène, de la même façon que le protoplasma des leucocytes dégénérés. On a donc sous les yeux un exemple de la nécrose par coagulation occasionnée par l'action directe d'un agent d'irritation sur la paroi des vaisseaux et sur les éléments anatomiques d'un tissu. D'ailleurs, poursuit M. Klemperer, les altérations en question ne sont survenues qu'autant qu'on poussait sous la peau des quantités relativement considérables de térébenthine (1 *gr.*,8 à 2 chez les lapins, 0,5 chez les cobayes), et à la condition que la résorption de la substance irritante se fit avec une certaine lenteur. En injectant une égale quantité d'essence de térébenthine dissoute dans 5 parties d'alcool, mélange qui se résorbe avec une grande rapidité, on n'a obtenu dans quatre expériences qu'une inflammation séreuse d'intensité variable.

D'autre part, M. Klemperer a ensemencé, sur de l'agar, du pus provenant de deux des animaux chez lesquels l'injection

sous-cutanée de térébenthine avait déterminé la formation d'un abcès. Ce pus, ainsi qu'il a été dit, contenait des microcoques. Les ensemencements du pus recueilli sur l'un des animaux, au septième jour après l'injection du liquide irritant, ont réussi, tandis que les cultures faites avec du pus recueilli sur l'autre animal le quatorzième jour n'ont abouti qu'à un résultat négatif. Klemperer incline à conclure de là que, dans l'intervalle qui s'est écoulé entre le septième et le quatorzième jour, les microcoques, fauteurs de la suppuration, avaient été frappés de mort. Des cultures pures du premier échantillon ont été injectées sous la peau, à des lapins, en suspension dans une solution de chlorure de sodium, puis en nature, dans la plèvre et dans l'articulation du genou ; il n'en est pas résulté de suppuration. Les conditions de l'expérience ont été ensuite modifiées. On a d'abord provoqué, chez un animal, une inflammation séreuse du tissu cellulaire sous-cutané. Trois jours plus tard, injection d'une culture pure dans le foyer inflammatoire ; suppuration. Même résultat quand on faisait d'abord l'injection d'un échantillon de culture pure, puis une injection de térébenthine (solution alcoolique) ou d'essence de moutarde.

Enfin M. Klemperer a repris les expériences d'Orthmann, qui consistaient à introduire la substance irritante sous la peau d'un animal, en l'emprisonnant dans un tube de verre qui était brisé quelques jours plus tard ; il a constaté, comme l'avait déjà fait M. Scheuerlen (voir plus haut), que ce mode d'introduction de la substance irritante ne provoque pas non plus de suppuration lorsqu'on prend toutes les précautions antiseptiques exigibles. Il a repris également l'expérience si ingénieuse de M. Councilmann, qui mérite une mention spéciale : Councilmann, sous l'inspiration de Cohnheim, avait rempli avec de l'huile de croton des capsules de verre préalablement stérilisées. Ces capsules étaient introduites sous la peau d'un animal ; l'ensemble des manipulations était, bien entendu, entouré des plus grandes précautions antiseptiques, et le corps étranger se fixait dans les tissus, sans éveiller de réaction inflammatoire. Ce premier résultat obtenu, on écrasait la capsule de verre à travers la peau, par simple pression. L'huile de croton venait en contact avec le tissu ambiant ; d'une façon constante, il s'établissait un foyer de suppuration à ce niveau D'où Councillmann avait conclu que l'huile de croton est douée d'une action pyogène. Sur trois tentatives du même genre, faites par Klemperer, deux ont donné des résultats négatifs ; quant à la troisième, une suppuration s'était établie autour de la capsule de verre avant que celle-ci n'eut été brisée. Dans le pus, on trouva des microcoques, dont les germes avaient été, selon toute apparence, entraînés sous la peau de l'animal en même temps que les petites ampoules de verre, par insuffisance de précaution.

Dans les dernières pages de son mémoire, M. Klemperer s'occupe des rapports de l'inflammation et de la suppuration, sujet sur lequel nous reviendrons.

E. Ricklin.

(A suivre.)

THÈSES D'AGRÉGATION EN MÉDECINE

Concours de 1886

Des paralysies toxiques,
par M. Brissaud, médecin des hôpitaux.

Sous le nom de « paralysies toxiques », M. Brissaud décrit exclusivement les paralysies dues à la présence dans l'économie d'un principe venu du dehors et introduit par un quelconque des modes d'absorption que l'on peut incriminer en pareille matière.

L'alcoolisme, l'empoisonnement saturnin ou arsenical, l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, etc., etc., peuvent être cités comme exemples de ces intoxications dont l'auteur a choisi un certain nombre de types auxquels on peut rapporter d'ailleurs les intoxications similaires (mercure, sulfure de carbone, etc.) dont l'étude eût donné à son travail une trop grande extension. C'est d'ailleurs intentionnellement qu'il a écarté de son sujet une certaine catégorie d'accidents morbides qui présentent avec les paralysies toxiques proprement dites une ressemblance incontestable : tels sont les accidents nerveux et particulièrement les paralysies que l'on observe à la suite des maladies aiguës ou infectieuses (diphtérie, typhus, septicémie, etc., etc.) ou bien comme conséquence de l'absorption de certaines substances végétales (béribéri, lathyrisme). Bien que l'on trouve dans les états morbides de cette catégorie une ressemblance évidente avec les paralysies toxiques, ressemblance qui porte à assimiler et à généraliser leur mode fondamental de production, on ne peut nier cependant que l'auteur était dans son droit en les écartant systématiquement, pour restreindre sa description aux accidents mentionnés en premier lieu et qui, jusqu'à plus ample informé, méritent seuls la dénomination de « paralysies toxiques. »

Il était nécessaire aussi, dans un travail de ce genre, de définir exactement la signification du mot « paralysie », qui doit s'entendre ici exclusivement dans le sens de « résolution musculaire », interprétation qui permet de rejeter hors de la description les autres troubles nerveux et particulièrement les modifications de la sensibilité, ainsi que les troubles trophiques, qui peuvent coïncider avec la paralysie, mais ne sauraient, sans abus de langage, être confondus avec elle.

Les limites de son sujet étant ainsi tracées, M. Brissaud croit devoir distinguer, pour la clarté de son exposé, deux groupes de faits nettement tranchés :

1° Paralysies toxiques combinées à des manifestations cérébro-spinales ;

2° Paralysies toxiques d'origine périphérique.

C'est à ce dernier groupe que revient la part la plus importante, à ce point que, quand on parle de paralysies toxiques, c'est presque toujours à celles qui reconnaissent une origine périphérique que l'on fait allusion.

Conséquent avec cette donnée, l'auteur passe rapidement sur les accidents du premier groupe, dans lequel les symptômes cérébro-spinaux masquent ou font oublier les phénomènes périphériques, dont l'interprétation se rattache d'ailleurs le plus souvent alors à des causes banales, telles que thrombose, œdème ventriculaire, hémorrhagies. En revanche, il consacre de longs développements aux paralysies de la deuxième catégorie. Après un tableau sommaire de leur physionomie générale, après avoir montré que, d'abord localisées, souvent unilatérales, voire même hémiplégiques, elles sont susceptibles de se généraliser, après avoir enfin signalé leurs lésions musculaires (atrophies) ou nerveuses (névrites), il aborde, dans un chapitre très étendu, la description des principales d'entre elles, choisies pour types de toutes celles du même genre, savoir celles qui relèvent de l'alcoolisme, de l'intoxication arsenicale, du saturnisme.

Les paralysies alcooliques ont suscité de nombreux travaux

dans ces dernières années ; leur existence ne fait plus de doute aujourd'hui. Elles présentent plusieurs modalités dont l'une des plus intéressantes est représentée par la forme ataxique : l'étude de cette forme se rattache d'ailleurs à l'histoire générale de toute une classe d'affections, désignées actuellement sous le nom de « pseudo-tabes », dont le cadre s'est singulièrement élargi par suite de recherches récentes. Contentons-nous de faire remarquer qu'ici la symptomatologie peut acquérir une ressemblance étroite avec celle de la grande myélite systématique. On retrouve d'ailleurs dans ces paralysies alcooliques de très nombreuses variétés, quant à la forme on à la marche, et de plus les troubles musculaires y sont associés fréquemment à des troubles sensitifs ou vaso-moteurs.

La description des paralysies par le sulfure de carbone emprunte un certain intérêt à des recherches récentes, qui semblent attribuer à d'autres substances les accidents mis jusqu'à ce jour sur le compte de celle-là. Quoi qu'on en puisse penser, il est certain que ces accidents sont très complexes et que par suite les phénomènes de paralysie y perdent de leur netteté.

La possibilité d'une forme ataxique (pseudo-tabes) déjà signalée par M. Jaccond, y est pareillement constatée. Les mêmes remarques sont applicables à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, dans lequel la variété et la complexité des symptômes tendent à reléguer au second plan les paralysies pourtant très réelles dont elle s'accompagne. Du reste, pour l'une comme pour l'autre, l'anatomie pathologique reste muette ; nous ne possédons que peu de données en dehors du petit nombre de faits qui semblent établir cependant l'existence de lésions inflammatoires des nerfs.

La paralysie saturnine, la plus anciennement connue, est également celle sur laquelle nous possédons le plus de documents ; aussi M. Brissaud n'a-t-il eu que l'embarras du choix pour en tracer l'histoire, dans laquelle nous mentionnerons seulement l'étude, faite avec un soin particulier, des modifications de la contractilité et l'examen de leur valeur, au point de vue séméiologique ; l'étude des lésions le conduit ensuite, après une critique sévère, à conclure que le point de départ doit se trouver dans le système nerveux périphérique, les faits qui tendraient à localiser cette origine dans les centres étant controuvés ou reconnus insuffisants.

L'existence de lésions des nerfs périphériques comme cause immédiate des paralysies toxiques paraît donc, en définitive, le fait le mieux établi, et c'est à la démonstration de cette idée que M. Brissaud s'applique, dans son quatrième chapitre, où il s'efforce, en même temps, de montrer que ces névrites ne présentent avec la dégénération wallerienne qu'une analogie très éloignée.

La même discussion le conduit à faire ressortir la ressemblance frappante qui existe entre l'irritation produite par les substances toxiques et par les agents infectieux sur le tube nerveux. Cette assimilation, parfaitement justifiée par la clinique, renferme probablement la clef du problème pathogénique.

Le traitement n'a été indiqué que dans ses grandes lignes et dans ses principales indications. L'influence de l'électricité, et principalement de l'électricité statique, remise en honneur récemment, celle du massage ; enfin, dans certains cas, l'opportunité de l'intervention chirurgicale, motivée par les déformations résultant de l'action des antagonistes (pied-bot), tels sont les points que M. Brissaud a jugé utile d'indiquer sommairement, comme corollaire de sa thèse ; cette thèse réalisera certainement un progrès, à titre de travail d'ensemble, sur un groupe de paralysies qui jusqu'à présent n'avaient donné lieu qu'à des descriptions isolées.

P. Muselier.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du nervosisme. — *Observation.* — Mme S..., actuellement âgée de 80 ans, fut prise, il y a environ vingt ans, d'accidents nerveux caractérisés par de la tristesse, de l'hypochondrie, des spasmes, des étouffements, une sensation vide dans la tête, etc., sans qu'on pût rapporter ces divers symptômes à une maladie nettement définie. Le docteur Brown-Sequard prescrivit à la malade le bromure d'ammonium et le sous-nitrate de bismuth qui procurèrent du soulagement, mais non la guérison. Le bromure de potassium avait été essayé précédemment sans grand succès. La malade, en proie à des inquiétudes et à des souffrances presque continuelles, suivit un grand nombre d'autres traitements et tous les agents antinerveux et antispamodiques avaient échoué, lorsque, vers 1871, on prescrivit le chloral bromuré Dubois. Dès qu'on eut administré ce médicament, les accidents cessèrent, le moral devint excellent. De tous les agents employés jusqu'alors, c'était le premier qui eût produit un résultat complet. Depuis cette époque, Mme S... a eu fréquemment d'autres accidents nerveux ; mais chaque fois elle a eu recours au chloral bromuré, et chaque fois ce médicament l'a délivrée de ses souffrances. C'est grâce à lui que Mme S... a pu et peut encore, malgré son grand âge, se maintenir dans un état qui est pour ainsi dire la santé.

Reflexions. — Les cas de ce genre sont très fréquents dans la pratique. D'après Bouchut, les troubles qui constituent le nervosisme ou état nerveux sont les prodromes d'affections organiques qui ne se montrent parfois qu'au bout d'un temps très long ; mais combien, avant d'être fixé sur la nature du mal, n'est-il pas difficile d'instituer un traitement rationnel et efficace. Il faut nécessairement s'adresser au symptôme, et malheureusement la thérapeutique ordinaire ne nous donne que des agents infidèles, insuffisants, ou même dangereux. L'efficacité du chloral bromuré dans les cas de ce genre tient à ce que ce médicament agit à la fois sur l'élément sensitif et sur l'élément moteur du système nerveux. D'un autre côté, la possibilité de l'administrer pendant un long temps sans inconvénient, de le donner à tous les âges et dans toutes les maladies, en fait le véritable spécifique des troubles du système nerveux.

Dr B...

BULLETIN

Le rapatriement des troupes du Tonkin au point de vue de l'hygiène publique.

Le récent voyage du ministre du commerce et de l'industrie à Toulon et Marseille a déjà porté ses fruits au point de vue des conditions hygiéniques qui doivent présider au rapatriement des troupes du Tonkin. Le Comité consultatif d'hygiène vient d'adopter, sur ce point, les conclusions d'un rapport de M. Proust qui lui a été adressé et soumis par le ministre.

Dans ce rapport, M. Proust rappelle que des mesures de précaution sont déjà prises par ordre des ministres de la guerre et de la marine, au départ des troupes et durant leur traversée ; celles qu'il s'agit d'instituer à leur arrivée sont le complément logique et nécessaire des premières. « Les deux prin-

cipes, dit l'inspecteur général du service sanitaire, qui président à la prescription de ces mesures, sont les suivants :

« Le débarquement complet et immédiat;

« L'établissement de camps sanitaires où les hommes seront observés et traités suivant leur état sanitaire, tandis que les navires évacués seront soumis à un assainissement indispensable. »

Cela dit, M. Proust examine deux questions : 1° Le point sur lequel on doit faire débarquer les contingents du Tonkin; 2° les mesures d'assainissement à prescrire à leur arrivée.

Relativement à la première question, il passe successivement en revue, pour les rejeter, divers lieux de débarquement proposés, entre autres le lazaret du Frioul, celui de Toulon, l'île Sainte-Marguerite, celle de Porquerolles, et son choix s'arrête sur les îles de Port-Cros et de Bagau. L'île de Porquerolles recevra les individus atteints de maladies ordinaires après une observation de six jours dans les deux premières îles, démontrant qu'ils n'ont pas en eux les germes du choléra.

Voici, en résumé, les résolutions proposées par M. Proust et par le Comité consultatif d'hygiène, qui les a approuvées, à la sanction de M. le ministre du commerce :

« 1° Diriger les provenances du Tonkin non contaminées sur l'île de Port-Cros; les troupes y seront débarquées et soumises à une observation de six jours; leurs vêtements et leur linge de corps seront placés dans une étuve à désinfection par la vapeur sous pression. Avant de quitter l'île, les militaires recevront de nouveaux vêtements;

« 2° Si les navires provenant du Tonkin ont eu, ou ont des accidents cholériques à bord, ils seront dirigés immédiatement sur l'île de Bagau; les malades seront débarqués et les navires seront soumis à une désinfection rigoureuse;

« 3° L'île de Port-Cros et l'île de Bagau devront avoir un personnel distinct, et toute communication sera interdite entre ces deux îles;

« 4° Il y a lieu d'installer immédiatement à Port-Cros et à Bagau une étuve à désinfection par la vapeur sous pression;

« 5° Une entente sera établie entre la guerre et la marine pour le ravitaillement des troupes, l'approvisionnement d'eau potable, la fourniture des vêtements;

« 6° Les malades seront traités par les médecins militaires;

« 7° Il y a lieu de désigner deux médecins appartenant à l'administration sanitaire : l'un pour l'île de Port-Cros et l'autre pour l'île de Bagau;

« Le médecin attaché au service sanitaire fera, de concert avec le médecin du bord, une visite générale de l'équipage et des passagers. En cas de dissentiment, l'avis du médecin attaché au service sanitaire prévaudra et devra être suivi.

« Le doute sera toujours interprété dans le sens de la plus grande prudence. »

Nous devons ajouter que M. Didiot, inspecteur général du service de santé militaire, a soumis au ministre de la guerre des conclusions analogues et que dès lors une entente est intervenue entre les ministres du commerce, de la guerre et de la marine, pour l'exécution des mesures proposées.

F. de R.

NOTES & INFORMATIONS

L'Institut Pasteur. — Le Comité de patronage de cet Institut a nommé président l'amiral Jurien de la Gravière et secrétaire M. Grancher. La première liste de souscriptions a atteint le chiffre respectable de 242,336 fr. 20. Les établissements publics, les sociétés savantes, les municipalités, les particuliers, rivalisent de générosité. Signalons en particulier celle de l'Académie de médecine qui, ne pouvant rien prendre sur son maigre budget, a voté la somme de 10,000 francs qu'elle a prélevée sur les arrérages de certains prix qu'elle a pu économiser.

L'Académie française ayant à disposer cette année d'une somme considérable qui lui a été léguée par M. le comte Honoré de Sussy, pour encourager les bonnes œuvres et récompenser les belles actions, a décidé, à l'unanimité, que sur cette fondation une somme de 5,000 francs sera attribuée à l'*Institut Pasteur*.

A la Chambre des députés, sur la proposition de M. d'Aillières, un projet de loi, ayant pour objet d'ouvrir au ministère de l'instruction publique un crédit de 200,000 francs pour l'Institut Pasteur, a été accueilli par la déclaration d'urgence et sera ainsi soumis très prochainement aux délibérations du parlement.

A l'étranger, on ne montre pas moins d'empressement à faire bénéficier l'humanité de la découverte de notre illustre compatriote. Plusieurs gouvernements ont déjà voté des fonds destinés à couvrir les frais de la mission donnée à des savants de venir dans le laboratoire de M. Pasteur étudier la pratique de la nouvelle méthode préventive de la rage. En Russie, un petit établissement pour l'application de cette méthode a déjà été créé sous les auspices du prince d'Aldenbourg. La question est venue devant le parlement anglais, et le gouvernement de la Grande-Bretagne se préoccupe des voies et moyens de satisfaire l'opinion publique en ordonnant une étude approfondie des expériences et des résultats de M. Pasteur.

— Association générale des étudiants. — Cette association a tenu son assemblée générale mardi soir, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur, assisté de MM. Pasteur, Bréal et Lavisse.

Après une allocution fortement applaudie du président, M. Pasteur, à qui l'auditoire a fait une ovation enthousiaste, a remercié, en termes émus, la jeunesse des écoles, en la félicitant de ses efforts et s'associant à ses espérances.

MM. Lavisse et Bréal ont pris ensuite la parole pour donner aux étudiants des encouragements, de bons conseils, et le trésorier, M. Sagnet, a fait connaître la situation financière de l'association.

Au commencement de 1884, l'association comptait environ 300 membres actifs. En août 1885, elle comprenait 433 membres actifs, 102 membres honoraires, et possédait dans sa caisse la somme de 900 fr. Aujourd'hui, 721 membres actifs produisent un revenu annuel de 8,600 fr.; 194 membres honoraires, un revenu de 2,513 fr.; si l'on y joint la subvention de la Ville de Paris, les recettes annuelles atteignent le chiffre de 12,000 fr. L'encaisse est de 2,113 fr. Cette progression rapide est la meilleure démonstration de l'utilité de l'œuvre.

— M. le docteur Dupuy, député de l'Aisne, ancien interne

des hôpitaux de Paris, a déposé, jendi dernier, sur le bureau de la Chambre des députée, une pétition signée de 1,373 médecins de France et d'Algérie, tendant à faire bénéficier les médecins des dispositions de la loi sur les syndicats professionnels.

Notre confrère avait déjà, d'ailleurs, introduit dans ce sens un amendement à la proposition de loi relative à l'exercice de la médecine, Cette pétition vient à l'appui de cet amendement.

— Exposition d'hygiène. — Une exposition d'hygiène, organisée par les soins de la Société de médecine publique, aura lieu en mois de mai prochain à la caserne Lobau, derrière l'Hôtel-de-Ville.

Cette exposition, d'un caractère exclusivement scientifique et technique, comprendra tous les plans et modèles de constructions et d'appareils destinés à assurer la salubrité du sol, du sous-sol, des habitations privées, des maisons à bon marché et des édifices publics, tels que : écoles, hôpitaux et hospices, théâtres, salles de réunion, asiles de nuit, etc.

Elle est placée sous le patronage de savants appartenant à l'Institut, à l'Académie, à la Faculté de médecine, au comité consultatif d'hygiène publique de France, au Conseil de salubrité de la Seine, à la Commission des logements insalubres, au Parlement et à l'Administration.

R. F. D.

NOUVELLES

Concours d'agrégation de médecine. — Ce concours s'est terminé mardi soir. Voici les noms des candidats admis et classés par Facultés :

Paris : MM. Brissaud, Ballet, Dejerine, Chauffard.
Bordeaux : MM. Moussous, Dubreuilh.
Lille: MM. Lemoine, Chauffard.
Lyon : MM. Weill, Lannois.
Montpellier : MM. Boinet, Bronsse.
Nancy : MM. Simon, Parizot.

Faculté de médecine de Paris. — MM. Cruveilhier, Terrier, Nicaise, Delens, Berger et Guéniot, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice jusqu'à la fin du concours d'agrégation de médecine (section de chirurgie et accouchements).

— M. le professeur Hayem commencera son cours sur la thérapeutique et la matière médicale le lundi 22 mars, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre) et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants. Le cours de cette année portera sur « les grandes médications ».

Faculté de médecine de Nancy. — M. Prenant, licencié ès sciences naturelles, préparateur d'histoire naturelle, est nommé chef des travaux pratiques d'histologie, en remplacement de M. Sadler, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Sabatier, agrégé, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Berne, du 1er février au 31 octobre 1886, d'un cours de pathologie externe.

M. Poullet, agrégé, est chargé temporairement d'un cours de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Dianoux, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 31 octobre 1888.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le docteur Marcorelles, suppléant de chirurgie, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 31 décembre 1886.

M. le docteur Villeneuve, suppléant de chirurgie, est prorogé dans ses fonctions jusqu'an 31 décembre 1888.

— Le ministre de la guerre a décidé, sur la proposition du comité consultatif de santé :

1° Que le prix annuel de médecine, institué par décision ministérielle du 5 juin 1883, sera accordé, à la suite du concours de 1885, à M. Chouet, médecin-major de deuxième classe;

2° Que le prix annuel de chirurgie, également créé par ladite décision, sera partagé, à la suite du même concours, entre M. Ramonut, médecin-major de première classe, et M. Delorme, médecin du même grade.

— Conformément à la décision prise par le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 23 décembre 1885, le préfet de police vient de réduire à deux le nombre des médecins-inspecteurs des établissements et asiles d'aliénés. Il a nommé M. le docteur Ritti, médecin-inspecteur de Bicêtre, de Sainte-Anne et de Villejuif, et M. le docteur P. Garnier, médecin-inspecteur de Charenton, de Ville-Évrard et de Vaucluse.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu les 2 et 3 mai prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 2 mai 1886 :

La séance sera ouverte à deux heures précises.

1° Rapport de la Commission chargée du recensement des votes relatifs à l'élection du président de l'Association ;

2° Installation et allocution du président nouvellement élu ;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ;

4° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Durand-Fardel, membre du Conseil général ;

5° Compte-rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1885, par M. Foville, secrétaire général ;

6° Première partie du rapport de M. Horteloup sur les pensions viagères à accorder en 1886 ;

7° Rapport de M. Passant sur la déclaration des causes de décès et le secret professionnel (vœu de M. Langlet, pris en considération par l'Assemblée générale de 1885) ;

8° Rapport de M. de Ranse sur le projet de création d'un ordre de médecins (vœux de MM. Surmay et Mougeot, pris en considération par l'Assemblée générale de 1885.)

A sept heures précises, le banquet.

Ordre du jour de la séance du lundi 3 mai 1886 :

La séance sera ouverte à deux heures précises.

1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale,

2° Approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale ;

3° Deuxième partie du rapport de M. Horteloup sur les pensions viagères à accorder en 1886. Discussion et vote des propositions ;

4° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1887 ;

5° Election des membres du bureau et renouvellement partiel du Conseil général :

Membres sortants du Bureau : Vice-présidents : MM. Cazeneuve, Larrey, Ricord, Bouchacourt ; secrétaire général : M. Foville ; secrétaires : MM. Martineau et Blache ; trésorier : M. Brun.

Membres du Conseil à renouveler ; MM. Lunier, décédé ; Cornil, Durand-Fardel, Le Roy de Méricourt, Pénard, Richelot, Bergeron, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du Bureau et du Conseil sont rééligibles) ;

6° Discussion des rapports de MM. Passant et de Ranse ;

7o Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1887.

Maladies de la gorge, du larynx et du nez. — La clinique du docteur Cartaz, ancien interne des hôpitaux, est transférée, 15, rue Rochechouart, mardi, jeudi, samedi, de neuf heures à dix heures du matin.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 7 au samedi 13 mars 1886

Fièvre typhoïde 15.— Variole 5.— Rougeole 12. — Scarlatine 11. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 51. — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 4 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 45. — Phthisie pulmonaire 194. — Autres tuberculoses 28. — Autres affections générales 62. — Malformation et débilité des âges extrêmes 71. — Bronchite aiguë 50 — Pneumonie 169. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 38. — au sein et mixte 24. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 128. — de l'appareil circulatoire 90. — de l'appareil respiratoire 123. — de l'appareil digestif 39 — de l'appareil génito-urinaire 33. — de la peau et du tissu lamineux 8. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 22. — Causes non classées 23. — Total de la semaine : 1271 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Flore de Paris, (phanérogames et cryptogames), par J.-L. de Lanessan, contenant la description de toutes les espèces utiles ou nuisibles, avec l'indication de leurs propriétés médicales, industrielles et économiques et des tableaux dichotomiques très détaillés, permettant d'arriver facilement à la détermination des familles, des tribus, des genres et des espèces de toutes les phanérogames et cryptogames de la région parisienne; augmentée d'un tableau donnant les synonymes latins, lesnoms vulgaires, l'époque de floraison, l'habitat et les localités de toutes les espèces, d'un vocabulaire des termes techniques et d'un memento des principales herborisations. Un beau vol. in-18 jésus de 960 pages, avec 702 fig. dans le texte. — Prix, broché : 8 fr. ; cartonné diamant : 9 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Hygiène de l'orateur, par le docteur A. Riant. — Paris, 1886. Un vol. in-18 de 288 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Manuel de zootomie. Guide pratique pour la dissection des animaux vertébrés et invertébrés, à l'usage des étudiants en médecine, des écoles vétérinaires et des élèves qui préparent la licence ès sciences naturelles, par August Mojsisovicz Elden Von Mojsvár, privat-docent de zoologie et d'anatomie comparée à l'Université de Grætz. Traduit de l'allemand et annoté par J.-L. de Lanessan. Un volume in-8 d'environ 400 pages, avec 128 figures dans le texte. — Prix : 9 fr. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Notes sur quelques cas de pleurésie chronique traités par les eaux du Mont-Dore, par le docteur Percepied. In-8. — Prix : 1 fr. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

TRAUMATISME ET ÉTATS CONSTITUTIONNELS. — AMPUTATION SOUS-ASTRAGALIENNE CHEZ UNE CÉRÉBRALE, par M. le docteur JEANNEL, professeur à l'École de médecine de Toulouse.

L'observation qu'on va lire me semble de nature à servir de document utile pour l'étude de l'influence du traumatisme sur les états constitutionnels. Il s'agit d'une amputation sous-astragalienne pratiquée sur une femme âgée, ayant déterminé l'explosion d'accidents cérébraux imputables à un état cérébral antérieur.

Joséphine L..., âgée de 69 ans, est malade depuis huit ans. A la suite de longues stations debout qu'exigeait son travail, elle éprouva d'abord des douleurs dans le talon gauche, qui se tuméfia bientôt, surtout en arrière, de chaque côté du tendon d'Achille.

On crut à un abcès simple, qui fut ouvert et drainé.

Quelques années plus tard, on aurait même pratiqué un curage du foyer, sans que la malade, d'une intelligence fort obtuse, puisse préciser ni les dates, ni les détails, ni les résultats. J'ai en outre appris plus tard qu'elle avait été suspectée de syphilis et avait suivi un traitement. Toutefois, sauf une ou deux cicatrices cutanées très peu significatives, elle ne porte aucune lésion qui puisse confirmer ce diagnostic, au moins à l'heure actuelle. Il n'existe d'ailleurs point d'antécédents pathologiques, ni d'alcoolisme.

Lorsque je pris le service à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, le 17 juin 1884, je constatai de chaque côté du tendon d'Achille gauche une fistule donnant du pus séreux. Le pied était en équinisme acquis très accentué; tout le tendon était noyé dans du tissu lardacé sans aucune souplesse. Le stylet, introduit dans les fistules, n'atteignait point de parties osseuses, bien qu'on pût le faire pénétrer assez profondément. Soupçonnant une affection du calcanéum, je résolus cependant d'intervenir pour assurer mon diagnostic et faire le nécessaire.

Le 3 juillet, je fis, à 1 centimètre en avant du bord externe du tendon d'Achille, au niveau d'une fistule, une incision profonde que je recourbai en avant sur la face externe du calcanéum, à 0m,02 du bord plantaire. Je découvris la face externe du calcanéum et je constatai une large perforation de cette face, donnant accès dans une cavité logeant un séquestre. Je fis l'extraction de ce séquestre et le curage complet, véritable évidement de la cavité. Je pratiquai une contr'ouverture sur la face interne et je passai un drain perforant le talon. Pansement à l'iodoforme et à l'ouate. Il faut dire aussi que, pour éviter la fièvre d'inoculation à prévoir à la suite d'une opération devant porter sur un foyer sûrement septique, j'avais, quatre jours avant d'intervenir, fait prendre à la malade deux bains de pied antiseptiques par jour, de une heure chacun (eau phéniquée à 1 0/0). J'avais ainsi réussi à calmer tout état inflammatoire de la région et à faire disparaître toute putridité.

Les suites de l'opération furent localement simples ; toutefois l'opérée présenta un certain degré d'agitation, d'excitation cérébrale, nullement en rapport avec le degré de la fièvre traumatique qui fut presque nulle, comme le témoigna le thermomètre, qui atteignit comme unique maximum 38o,1 le soir même de l'opération. L'opérée se plaignait sans cesse; elle se levait, s'agitait, marmottait, touchait toujours à son pansement. Il n'y eut pourtant aucun accident local. Il se produisit une eschare au sacrum.

D'ailleurs mon intervention ne réussit pas. J'appris bientôt l'âge réel de la malade que j'avais cru être 55 ans et qui était en réalité 69 ans. Je dus reconnaître en outre, à la fin de juillet, que le calcanéum était presque entièrement nécrosé. Un gros séquestre fut même extirpé sans résultat. Je proposai alors à la malade l'amputation du pied, qu'elle n'accepta que le 10 août, après beaucoup d'hésitation.

Le 13 août, après avoir soumis, pendant trois jours, le pied malade aux précautions d'antisepsie préventive qui m'avaient si bien réussi lors de ma première intervention, je pratiquai l'amputation sous-astragalienne du pied par le procédé à lambeau interne et plantaire décrit par M. Farabeuf dans son *Précis de médecine opératoire* (édition 1881, p. 483).

L'opération fut pratiquée avec le secours de la bande d'Esmarch, sans grande difficulté. La décortication du calcanéum fut cependant assez pénible, en raison des nombreuses productions osseuses de nouvelle formation dont cet os était environné. La bande élastique n'avait bien entendu été appliquée qu'à partir de l'articulation tibio-tarsienne.

Quatre points de suture profonde entrecoupée, en fil d'argent, fixés sur des bandelettes de gaze iodoformée, à l'aide de boutons de porcelaine et de tubes de Galli, furent placés en avant, en ayant soin d'y comprendre les tendons des muscles de la région antérieure. Les lèvres de la plaie furent très facilement et régulièrement affrontées à l'aide de points de suture en crin de Florence laissé dans une solution phéniquée forte. Un gros drain court fut placé à l'angle antéro-interne; un autre plus long à l'angle postérieur.

Un pansement à la gaze iodoformée, avec deux éponges compressives sur le dos et sur la face plantaire du moignon, fut doublé d'un épais bandage ouaté remontant jusqu'au genou. T. T. 38°.

14 août, matin.— L'opérée a l'air un peu égarée; elle tiraille les brins d'ouate dépassant son pansement; elle est agitée. Je prescris 0 gr. 10 d'extrait thébaïque. Pas de fièvre.

14 août, soir. — T. 39,5. Agitation considérable et constante, délire nécessitant la camisole, marmottement continuel; strabisme, paralysie faciale à droite; deux selles involontaires. Je prescris 2 gr. 50 de chloral, qui ne furent pas entièrement pris.

15 août. — T. 37,5. Etat général mauvais; regard vague avec strabisme conjugué vers la gauche et en haut. L'œil droit regarde en dedans et en haut; l'œil gauche en dehors et en haut. Paralysie faciale du côté droit avec déviation de la langue à droite; parole embarrassée, hésitante. Contracture du membre supérieur gauche. Délire; tentatives pour se lever; causerie continuelle; refus de boire et de manger. Avec cela, grande faiblesse. Je prescris potion de Todd à 60 grammes, sulfate de quinine, 0 gr. 50 matin et soir. T. S. 37,5.

16 août. — T. 37,5. Délire beaucoup plus calme, somnolence; toujours un facies hébété, et les mêmes signes que ci-dessus.

Je prescrivis : potion de Todd avec 4 grammes d'extrait de quinquina. Un lavement laxatif.

La jambe est en bon état. Le pouls est bien battu.

17 août. — Amélioration notable; point de fièvre.

18 août. — Le mieux continue.

19 août. — Physionomie encore un peu égarée ; mais il ne subsiste plus ni paralysie faciale, ni strabisme, ni contraction du bras. Température normale.

L'appareil commençant à prendre de l'odeur, je procède au pansement. Très peu de liquide épanché. La ligne de suture superficielle suppure un peu; il existe en dehors et en avant un point de sphacèle très limité et très superficiel sur la lèvre inférieure de la plaie. La réunion profonde semble obtenue en avant seulement, au niveau de l'astragale. Les sutures profondes un peu serrées sont enlevées. Les sutures superficielles sont laissées en place. La plaie bâille à l'angle postérieur externe dans une étendue de 0m,03. En résumé, après les accidents généraux éprouvés par l'opérée, étant donné son âge, étant donné surtout l'état pathologique ancien des tissus qui constituent le moignon, il était difficile d'espérer mieux.

Même pansement, moins les éponges compressives que je supprime en raison du point de sphacèle, quelque limité qu'il soit.

23 août. — Sans cause appréciable et après trois jours d'état passable, reprise des accidents cérébraux; délire, agitation, carphologie, marmottement, envies continuelles de se lever, si bien que l'opérée parvient à poser son moignon par terre et à appuyer dessus. Nécessité de la camisole de force. Température normale.

Pansement. — Le point sphacelé n'a pas augmenté.

La réunion a échoué partout; tout le moignon suppure.

Pas de fièvre, pas de lymphangite; mais de l'érythème des bords du moignon.

Pansement antiseptique ouvert; après lavage très abondant avec de l'eau phéniquée à 1 pour 100.

Potion de Todd et opium.

24 août. — L'érythème disparaît; la plaie, largement béante, bourgeonne; il y a quelques soubresauts dans le mollet. Même pansement.

L'état général est celui d'une démente. Légère paralysie faciale à droite, pas de strabisme; somnolence, subdélirium gai; tendance à se lever, avec retour d'agitation nécessitant la camisole.

25 août. — Même état; même pansement; selles involontaires.

Je soutiens le lambeau plantaire à l'aide d'une large bande de diachylon; la tête de l'astragale à nu dans la plaie devra nécessairement s'exfolier.

27 août. — Pansement quotidien. Amélioration locale ; mais état général de gâteux ; il se fait une eschare au sacrum.

Il subsiste un affaiblissement intellectuel très prononcé, une sorte de délire continuel doux et tranquille se manifestant par une tendance perpétuelle à se lever pour aller rendre des services; la malade se considère comme indispensable et cherche à se dévouer. Bref, elle s'attribue une importance qui n'a d'égale que son incapacité. La physionomie, hébétée, s'anime de temps en temps d'un rire niais. Quelques selles involontaires.

30 août. — Amélioration locale et générale.

10 septembre. — La réunion progresse. L'opérée engraisse, mais son intelligence est fortement atteinte.

30 septembre. — Excellent état local; il reste à la face antérieure du moignon une surface granuleuse et suppurante de 0m,06 de long sur 0m,02 de large environ, surtout au niveau de la tête de l'astragale. Malheureusement, il est à prévoir que le moignon ne sera pas très bon pour la marche, le coussin calcanéen est, en effet, remonté en arrière, et c'est la cicatrice qui portera bien probablement sur le sol : ce qui n'a d'ailleurs rien de bien surprenant après l'inflammation et la suppuration profonde des lambeaux qui a été observée.

L'état général est bon; l'opérée, faible d'esprit, a pourtant repris la pleine possession de ses facultés mentales ; elle n'a plus de délire, plus de strabisme, plus de paralysie faciale, plus rien dans le bras gauche. Bref, tout état cérébral a pour le moment disparu.

10 novembre. — Cicatrisation à peu près complète ; le moignon sera utile, bien qu'imparfait. — Point de phénomènes cérébraux bruyants, mais sénilité accentuée.

Les considérations auxquelles me semble prêter cette observation sont de deux ordres : considérations de chirurgie opératoire et considérations de pathologie générale.

1° *Chirurgie opératoire*. — Voilà une femme de soixante-neuf ans qui, depuis huit ans et peut-être davantage, traînait une carie du calcanéum, c'est-à-dire un foyer de suppuration chronique. Sous l'influence d'un traitement insuffisant et en particulier du défaut d'appareil de contention, à la lésion osseuse s'ajoute bientôt une position vicieuse du pied, c'est-à-dire un pied-bot équin acquis très prononcé. J'interviens pour assurer mon diagnostic et faire le nécessaire. Je trouve un sequestre logé dans le corps du calcanéum ; je l'extirpe et je pratique un eurage ou plutôt un évidement de la cavité qui le contenait. Cet évidement pratiqué sur une femme de soixante-neuf ans devait échouer et a échoué. Je ne me serais d'ailleurs fait aucune illusion si un mauvais renseignement ne m'avait induit en erreur sur l'âge véritable de ma malade.

Le calcanéum s'est donc pour ainsi dire nécrosé en masse. Que restait-il à faire ? Fallait-il abandonner la partie et laisser les choses en état ? Fallait-il amputer ? L'état général de la malade paraissant bon et la marche étant d'ailleurs absolument impossible, j'ai cru devoir amputer, et j'ai pratiqué l'amputation sous-astragalienne après avoir constaté l'intégrité de l'astragale.

2° *Pathologie générale*. — Malheureusement, l'état général n'était bon qu'en apparence. Les viscères abdominaux et thoraciques étaient sains ; l'urine ne contenait ni sucre ni albumine ; le foie n'offrait aucun signe qui pût inquiéter. Il n'y avait rien au cœur ni aux poumons. Seul, le système nerveux ou plutôt les fonctions cérébrales auraient pu donner l'éveil. En effet, à la suite de l'opération d'évidement, la malade avait eu une agitation, une excitation cérébrale avoisinant le délire. Elle se plaignait outre mesure ; elle voulait sans cesse défaire et mouiller son pansement. Et cela sans qu'il y eût le moindre accident local, sans même qu'il y eût de fièvre traumatique. Du reste, au bout de cinq ou six jours, le calme était rétabli et l'opérée était rentrée, intellectuellement, dans la règle des femmes de son âge et de sa condition, c'est-à-dire du bas peuple de Toulouse, français teinté d'espagnol.

Lorsque l'amputation sous-astragalienne fut pratiquée, l'o-

pérée était donc dans un état de santé apparente satisfaisant, sans aucune sorte de trouble mental.

L'amputation fut pratiquée le 13 août, sous le chloroforme et avec le secours de la bande d'Esmarch; le réveil fut long. Le 14, les accidents cérébraux débutent; ils s'accompagnent d'un accès de fièvre, le soir, où la température atteignit 39°5. Le lendemain matin et les jours suivants, ils persistent et augmentent même, bien que le thermomètre ne marque plus que 37°5, ce qui me semble bien démontrer qu'ils n'étaient pas symptomatiques de la fièvre, mais qu'ils étaient réellement dus à un processus pathologique encéphalique, développé sous l'influence du traumatisme. D'ailleurs, le strabisme à gauche, la paralysie faciale avec déviation de la langue à droite, la contraction du bras gauche achèvent cette démonstration. Je me suis bien demandé un moment s'il ne s'était pas agi d'une embolie cérébrale, partie du foyer pathologique sur lequel l'amputation a nécessairement porté, et provoquée peut-être par l'application de la bande élastique sur une veine thrombosée; mais j'ai rejeté cette hypothèse pour plusieurs raisons; d'abord, il n'existait, dans la jambe ni dans le moignon, aucune trace de phlébite; en second lieu, une embolie, partie le 13 au matin de la jambe gauche, n'aurait pas attendu jusqu'au 14 pour manifester son existence; enfin, une embolie, partie du pied, se serait, au moins en partie, logée dans les poumons.

Au surplus, la reprise des accidents cérébraux, à la date du 23 août, sans reprise de fièvre vive, cette fois (38°5), et sous la seule influence de l'érythème de l'inflammation et de la suppuration du moignon, sont absolument démonstratifs.

L'explication des accidents que j'ai observés me semble, du reste, être la suivante : j'ai amputé une malade atteinte d'un état cérébral chronique, que je n'ai pas su reconnaître avant de prendre le bistouri, et que je chercherai à caractériser plus loin. Sous l'influence du traumatisme opératoire, l'état cérébral chronique a pris des allures aiguës. Sous l'influence de l'état cérébral aigu, les accidents locaux, c'est-à-dire l'échec de la réunion avec toutes ses conséquences, l'inflammation et la suppuration, sont survenus et ont eux mêmes donné un coup de fouet à l'état cérébral. Mais, je le répète, je ne pense pas que ce soient la fièvre traumatique ni les accidents locaux qui aient déterminé des accidents purement symptomatiques; je pense qu'il existait, dans l'encéphale, un état pathologique antérieur à l'amputation, que celle-ci a seulement fortement réveillé. J'appuie cette conviction sur trois raisons :

1° L'état d'excitation cérébrale, ébauche de ce qui a été observé après l'amputation, qui est survenu après la première opération d'évidement, alors que la fièvre a été absolument nulle 38°.

2° La persistance des accidents cérébraux, alors que le thermomètre était descendu à une température normale.

3° Le strabisme, la paralysie faciale, l'embarras de la parole, la contracture du bras, qui démontrent qu'il existait une lésion anatomique du cerveau.

Quant au retentissement du traumatisme sur l'état cérébral et de l'état cérébral sur le traumatisme, c'est là un échange de mauvais procédés que l'on retrouve à chaque pas, dans l'étude de l'influence réciproque du traumatisme et des divers états constitutionnels

Mais de quelle lésion pourrait-il s'agir?

Je déclare n'être pas absolument fixé. Toutefois deux hypothèses sont possibles, à savoir : la paralysie générale ou une lésion syphilitique.

L'hypothèse d'une gomme cérébrale n'est discutable qu'en raison du soupçon de syphilis dont la malade a été l'objet de la part d'un des chirurgiens qui l'ont soignée. Le chirurgien m'a, en effet, affirmé avoir eu à traiter, chez cette femme, des ulcérations cutanées qu'il aurait améliorées par l'iodure de potassium. Mais j'avoue ne point trouver les cicatrices caractéristiques qui pourraient entraîner ma conviction; quant à la lésion calcanéenne, elle n'avait non plus rien de spécifique.

D'autre part, est-il bien admissible que pareille tumeur n'eût jamais, par aucun signe, manifesté son existence avant l'intervention chirurgicale? Or, si la malade avait l'intelligence obtuse, jamais elle ne s'est plainte ni de céphalalgie, ni de fourmillements dans les membres; jamais elle n'a eu d'attaque paralytique ou convulsive. J'ajouterai même qu'au point de vue intellectuel, sa sœur, à peu près du même âge, est au même niveau qu'elle.

Quant à l'hypothèse d'une paralysie générale ou d'un ramollissement sénile, ayant subi une crise aiguë sous l'influence du traumatisme, je l'admettrais plus volontiers, en raison de l'état anterieur au traumatisme, de la marche des accidents et de la façon graduelle dont ils se sont calmés. Toutefois, je ne crois pas avoir observé ma malade pendant assez longtemps pour pouvoir rien affirmer, si ce n'est qu'elle était et qu'elle est encore une cérébrale.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

D'UNE VARIÉTÉ NOUVELLE DE KYSTES DU COU (KYSTE CRICO-THYROÏDIEN), par PAUL BLOCQ, interne des hôpitaux.

Suite. — Voir le précédent numéro.

OBS. III. — *Kyste crico-thyroïdien, — Excision. — Suppuration de la paroi. — Infiltration purulente du tissu sous-muqueux du larynx. — Trachéotomie. — Mort. — Autopsie.*

Augustine Chour..., journalière, âgée de quarante ans, entre le 20 février 1883 à l'hôpital Tenon et occupe le lit n° 19 de la salle Delessert.

Ses antécédents héréditaires n'offrent aucun intérêt. Elle-même ne signale dans son passé, comme affection des voies respiratoires, qu'une bronchite survenue il y a deux ans, ayant duré trois mois, mais dont elle souffre encore. Réglée à quinze ans, a toujours vu régulièrement; a eu deux couches terminées normalement. Ni alcoolisme ni syphilis.

Elle s'est aperçue, il y a un an, de la présence d'une petite tumeur siégeant en avant du larynx qui, ayant tout d'abord le volume d'un gros pois, a augmenté progressivement et très lentement sans jamais lui occasionner de douleurs réelles, mais la gêne assez actuellement pour qu'elle sollicite une intervention.

On constate, en effet, que la malade porte une tumeur de la région laryngée. Celle-ci, exactement médiane, semble limitée en haut au-dessous de l'angle du cartilage thyroïde, en bas au niveau du deuxième anneau de la trachée. Elle a le volume d'une noix; la peau, de couleur normale, est mobile à son niveau. Elle suit tous les mouvements du larynx pendant la déglutition. Sa consistance est molle et fluctuante; elle n'est nullement douloureuse à la pression.

Il existe un peu de gêne de la respiration, surtout prononcée si la malade fait des mouvements d'extension de la tête. La voix est voilée; pas de toux quinteuse, ni d'accès de suffocation.

2 mars. — On pratique une incision médiane de la tumeur, qui donne issue à 40 grammes environ de liquide citrin, visqueux, contenant quelques flocons blanchâtres; on peut explorer la cavité du kyste par cette ouverture, et l'on reconnaît qu'il siège exactement sur la membrane crico-thyroïdienne, qu'il déborde cependant en haut et en bas.

La cavité est parfaitement lisse et unie. On pratique la cautérisation de la paroi avec une solution de chlorure de zinc au 1/10ᵉ. Pansement phéniqué.

La suppuration s'établit et se continue sans incident jusqu'au 15 mars, où elle est presque complètement tarie.

18 mars. — La cicatrisation est presque complète; toutefois la cicatrice adhérente reste fistuleuse vers sa partie moyenne.

19 mars. — La malade, se trouvant bien, demande son exéat, malgré la persistance de cette fistule.

La malade redemande son admission le 5 juin 1883, et est placée même salle, lit nº 10. Depuis sa sortie de l'hôpital, la voix est restée voilée comme auparavant, et elle a en des crises de suffocation, qui se succèdent en augmentant de fréquence et d'intensité.

A son entrée, on constate une dyspnée très vive à accès paroxystiques rapprochés. Ceux-ci sont caractérisés par des quintes d'une toux rauque éteinte, ayant les caractères de la toux croupale, et laissent la malade dans un état de cyanose et d'anxiété considérables.

La dyspnée qui persiste entre les accès se change en apnée si l'on étend la tête en arrière. La toux ne s'accompagne pas d'expectoration. La respiration se fait avec cornage; il y a également du tirage sus-sternal.

A l'auscultation, on n'entend pas le murmure vésiculaire, mais seulement le retentissement des bruits trachéaux. La face et les extrémités sont bleuâtres et refroidies.

Le lendemain, l'état de la malade s'aggrave encore; les accès de suffocation devenant plus fréquents, on prescrit des inhalations d'oxygène, qui n'amènent guère de soulagement. Aussi le surlendemain, la dyspnée étant extrême, décide-t-on de tenter la trachéotomie.

La malade est préalablement anesthésiée par l'absorption d'un mélange de chloral et de morphine.

Opération. — Incision sur la ligne médiane au thermocautère; section des anneaux de la trachée. L'introduction de la canule ne semble pas atténuer beaucoup la dyspnée. On constate de l'emphysème sous-cutané du cou. Bientôt l'infiltration gazeuse gagne la face et le thorax. On pratique des boutonnières cutanées sur la partie antérieure du thorax. Le soir, l'emphysème est généralisé et atteint le tronc jusqu'aux aines. Il y a de la respiration de Cheyne-Stokes. Les périodes d'apnée reviennent après 5 inspirations et durent un quart de minute. Râle trachéal; cyanose des extrémités. La malade est asphyxiante. On nettoye la canule; on pratique des injections hypodermiques d'éther; on fait des ponctions à la peau de la face et de l'abdomen, qui laissent échapper des gaz avec bruit. L'amélioration ne dure pas et la malade succombe le soir à neuf heures.

AUTOPSIE LE 9 JUIN. — Emphysème sous-cutané généralisé occupant la face, le cou, les membres supérieurs, le thorax et l'abdomen.

A l'ouverture du thorax, de l'air s'échappe avec bruit de la plèvre. Le tissu cellulaire du médiastin est insufflé et crépitant. Les poumons, affaissés, forment deux masses peu volumineuses, rétractées à la partie supérieure du thorax, d'une surface grise, ardoisée, d'une consistance molle, conservant l'empreinte du doigt, crépitant peu, surnageant néanmoins dans l'eau. Ils sont exsangues à la coupe, si l'on en excepte les bases, légèrement congestionnées.

L'examen des autres organes, cœur, appareils digestif et urinaire, ne présentent rien d'anormal.

Le larynx porte à sa face antérieure l'incision faite pour la trachéotomie. Examiné par son orifice supérieur, on constate qu'il ne reste qu'un conduit de la dimension d'une plume de corbeau.

Si l'on incise la face postérieure, on remarque que ce rétrécissement est dû au gonflement considérable des parties molles de l'organe.

Les cordes vocales déformées par la tuméfaction dont elles sont le siège n'apparaissent plus que sous forme d'éminences dépassant à peine le niveau du reste de la muqueuse; les ventricules ne sont plus distincts.

La muqueuse ainsi altérée est de couleur pâle et de consistance molle. A l'incision, on reconnaît que cette modification est due à une véritable infiltration, sorte d'œdème purulent du tissu sous-muqueux. La pression en fait sourdre des gouttelettes de pus.

La membrane crico-thyroïdienne présente un aspect tomenteux, est épaissie, inégale, offre en somme les traces du travail de suppuration dont elle a été le siège après l'excision du kyste; on découvre à son niveau un petit pertuis fistuleux siégeant au niveau de la ligne médiane, à quelques millimètres de l'angle antéro-inférieur du cartilage thyroïde, admettant difficilement le passage d'un stylet et se terminant dans le tissu sous-muqueux du larynx. Les parties correspondant à l'emplacement du kyste sur les cartilages thyroïde et cricoïde sont amincies.

III

La partie historique de notre travail est surtout négative en ce sens qu'il nous y faut montrer l'omission faite par les auteurs de la variété de kystes dont nous parlons.

Sans vouloir rechercher trop loin les premiers essais qui eurent pour but de détacher les kystes du cou des tumeurs du corps thyroïde avec lesquelles ils étaient confondus, car l'exposé en est fait magistralement par Voillemier dans sa thèse de concours, sans rappeler qu'ils ont été signalés par Celse et mentionnés par Albucasis, nous devons cependant dire que la thèse de Boucher, de date assez récente, est le premier ouvrage où sont nettement séparées les tumeurs à contenu liquide d'avec les autres de la région.

Une première étape dans leur histoire est ensuite marquée, au point de vue qui nous intéresse, par les travaux de Hawkens, Otto, Gilles, etc., desquels résulte une première division des kystes du cou, en congénitaux et non congénitaux.

Ces derniers sont bien étudiés par Maunoir; mais ce n'est qu'à la suite des exposés de faits et des mémoires d'O'Beirne, Cloquet, Boyer, etc., qu'on les répartit en diverses variétés, dont les suivantes sont établies par Gurlt:

1º Hygroma congénital, grenouillette congénitale, hygroma celluloso-kystique;

2º Hygroma *thyro-hyoïdien*, grenouillette sous-hyoïdienne;

3º Bronchocèle aqueuse;

4º Hygroma cellulaire du cou, hydropisie kystique sous-cutanée du cou, tumeur enkystée aqueuse du cou;

5º Hématocèles du cou, kystes sanguins du cou;

6º Kystes du cou avec contenu pultacé;

7º Kystes contenant des cheveux, os, dents;

8º Kystes hydatiques du cou.

Dans ces genres multiples, nous n'en découvrons pas d'analogue au nôtre.

Dès ce moment, il ne paraît plus que des travaux isolés; tels des faits de Mossel, Périer, Gosselin, Panas, et l'article qu'y consacre M. le professeur Duplay dans son Traité. Cet auteur divise les kystes du cou en latéraux et médians. Parmi ceux-ci, il en est de congénitaux et d'accidentels. De ces derniers, il cite le cas de Panas (kyste dermoïde hyo-thyroïdien) et traite des variétés *pré-thyroïdienne* et *hyo-thyroï-*

dienne, insistant surtout sur ces kystes qui siègent dans la bourse de Boyer.

L'article si complet de M. Gillette, du Dictionnaire encyclopédique, qui résume l'état actuel de la question, ne fait non plus nulle mention d'une variété de kystes *crico-thyroïdiens*.

(A suivre.)

REVUE DE DERMATOLOGIE

VII. Apparition d'un érythème papuleux consécutif a l'ingestion d'acide benzoïque (1). — VIII. Du traitement local de l'eczéma (2).

Suite et fin. — Voir les numéros 11 et 12.

VII. On connaissait déjà un grand nombre de substances médicamenteuses qui, ingérées, ont la propriété de provoquer des éruptions cutanées. M. le docteur L. Vanni, aide de clinique du professeur César Federici (de Florence), tendrait à attribuer à l'acide benzoïque une influence de ce genre.

Chez un jeune homme de dix-huit ans, convalescent de fièvre intermittente, il se déclare une légère douleur à la gorge et au thorax, localisée plus spécialement derrière le sternum, et accompagnée d'une toux assez fréquente avec peu d'expectoration (séro-muqueuse). L'examen de la poitrine révèle les signes d'une bronchite catarrhale diffuse. La température est normale. On prescrit un gramme d'acide benzoïque associé à de la poudre de réglisse, en dix paquets, à prendre en deux jours. Les symptômes bronchiques s'amendent rapidement; mais le soir du quatrième jour le malade éprouve une agitation générale avec bouffées de chaleur et sensationde brûlure au tronc qui l'agitent et lui font rejeter ses couvertures. Il est assis sur son lit, à peine recouvert de sa chemise, et très affecté. La peau de tout le tronc présente une éruption composée en partie de taches d'un rouge pâle, de formes irrégulières et de dimensions variées, et en partie de petites papules d'une couleur un peu plus marquée, les unes isolées, les autres notablement confluentes et produisant une saillie notable de la peau (de quelques millimètres jusqu'à quelques centimètres). Autour des plaques papuleuses ou érythémateuses, la coloration de la peau est parfaitement normale. Le traitement par l'acide benzoïque est continué, et le lendemain soir les phénomènes de chaleur à la peau et les taches s'accentuèrent, gagnant la face interne des cuisses. La face, le cou et les membres supérieure restèrent indemnes. Le malade n'éprouvait aucun prurit, mais, s'il se grattait, il éprouvait une vive douleur. En résumant cette observation, nous ne pouvons nous empêcher de constater que les phénomènes signalés ressemblent énormément à une poussée d'urticaire chez un asthmatique.

VIII. A propos du traitement de l'eczéma, M. le docteur Dubois-Havenith a pris à son compte les lignes suivantes d'Hillairet : « L'École française a raison de proclamer la nécessité du traitement interne. Bazin surtout a rendu un grand service à la médecine en rattachant la plupart des eczémas à l'arthritisme, et Devergie a eu le mérite de montrer l'influence du lymphatisme et de la scrofule sur certaines formes bien déterminées. Mais Hébra, de son côté, a raison d'insister sur l'*importance capitale du traitement interne*. Nous pensons donc, avec Rayer, Devergie, Bazin, Hardy, Ernest Besnier, Vidal, Lailler, Guibout, etc., qu'il convient de ne pas négliger la thérapeutique générale des eczémas constitutionnels; mais, dans notre opinion, *c'est le traitement local qui doit toujours avoir la prépondérance, et c'est à lui que nous donnons la première place* (1). » Aussi, après avoir passé brièvement sur le traitement des causes qui engendrent ou entretiennent l'eczéma, en y comprenant le *traitement dit interne*, M. Dubois-Havenith insiste-t-il sur le traitement local de la lésion tégumentaire d'après sa période, sa forme et sa localisation. A l'appui de son opinion, l'auteur cite le cas d'un diabétique âgé de soixante ans qui lui est adressé pour un eczéma symétrique des avant-bras. Avant d'avoir acquis la certitude qu'il avait affaire à une glycosurie, il avait cherché à combattre le prurit. Il importait, en effet, de le calmer à tout prix, quelle que fût la cause qui l'entretînt. Lotions avec une solution d'acide phénique, de glycérine et d'alcool. Chaque lotion était suivie d'une application *largâ manu* d'amidon finement pulvérisé. Les démangeaisons furent rapidement apaisées. Pour la première fois, depuis plusieurs semaines, le malade eut une bonne nuit. C'était beaucoup pour lui qui, chaque soir, appréhendait le moment de se mettre au lit. L'eczéma ne tarda pas à s'améliorer. Après quinze jours, il n'en restait guère de trace. Du travail de M. Dubois-Havenith, il ressortirait nettement que, dans la cure de l'eczéma, le régime, la diététique et le traitement interne sont de peu d'importance, et qu'il faut tendre surtout, ainsi que l'enseignent depuis longtemps Hébra, Kaposi et l'École de Vienne, à supprimer l'éruption par un traitement local approprié au sujet et aux causes qui ont amené le développement de l'eczéma (2).

Dr Paul Fabre (de Commentry).

TRAVAUX A CONSULTER

Emile Vidal et L. Brocq. *Etude sur le mycosis fongoïde* (France médicale, t. II, 1885).

Rindfleisch. *Mycosis fongoïde*. Deutsche med. Wochens., n° 15, 1885.

Unna. *Guérison d'un cas de lèpre*. Monatshefte für Praktische Dermatologie, 1885.

E. Vidal. *La lèpre et son traitement*. Bulletin de l'Académie de médecine et France médicale.

Verardini. *Studi sullo zoster* (Giornale italiano delle malattie veneree e della Pelle, novembre-décembre, 1885).

Pierleone Tommasoli. *Considérations sur la nature de l'icthyose* (Lo Sperimentale de décembre 1885).

Grawitz. *Le favus et l'herpès* (Deutsche med. Wochenschrift, no 1, 1886).

P. F.

(1) Giornale italiano delle malattie veneree e della Pelle, 1885, p. 193.

(2) Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, de Bruxelles, 1886. Février.

(1) Hillairet et Gaucher, *Traité des maladies de la peau*, p. 400.

(2) Je me permettrai de signaler à l'auteur, qui paraît au courant de la littérature dermatologique, le travail de M. L. Deligny sur l'eczéma.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie.

Suite. — Voir le numéro précédent.

III. Deux mycoses du cobaye, par le professeur Eberth, de Halle (*Virchow's Archiv*, t. C, fasc. 3, p. 15, 1885, et *Fortschritte der Medicin.*, 1885, n° 5). — IV. Le bacille de la pseudo-tuberculose spontanée du lapin, par le même (Ibidem, t. CIII, fasc. 3, p. 488, 1886). — V. Bacilles de la tuberculose dans un tubercule anatomique, par M. Karg (*Centralblatt für Chirurgie*, 1885, n° 32, p. 565). — VI. Remarques au sujet de la communication précédente, par G. Riehl (Ibidem, n° 36, p. 631). — VII. Sur l'étiologie de l'endocardite aiguë, par A. Weichselbaum, de Vienne (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1885, n° 41). — VIII. Contributions a l'étude de l'endocardite (Etiologie de l'endocardite aiguë chez l'homme. — Endocardite mycosique expérimentale), par W. Wyssokowitsch (*Virchow's Archiv*, t. CIII, fasc. 2, p. 301, 1886). — IX. Sur l'étiologie de l'endocardite mycosique, par le professeur Orth, de Gœttingue (Ibidem, p. 333). — X. Sur la myocardite et l'endocardite expérimentales, par le professeur Ribbert, de Bonn (*Fortschritte der Medicin.*, 1886, n° 1, p. 1).

III. M. Eberth rappelle que MM. Malassez et Vignal ont décrit (Archives de physiologie, 1883, p. 369, et 1884, p. 81), sous le nom de tuberculose zoogléique, une forme de tuberculose sans bacilles, qu'ils ont vue se développer chez des cobayes à la suite de l'inoculation d'une nodosité caséeuse souscutanée, recueillie sur un enfant mort de méningite tuberculeuse. La matière inoculée ne renfermait pas de bacilles. A six jours d'intervalle, l'inoculation fut suivie d'une éruption tuberculiforme, et les cobayes inoculés succombèrent en très peu de temps. Des inoculations successives ayant été faites à d'autres cobayes, avec les nodosités tuberculiformes développées chez les animaux de la première série, aboutirent encore à faire éclore des éruptions de même nature; les nodosités ne contenaient point de bacilles, mais des amas de zooglées, sauf chez deux sujets en expérience, dont l'un, inoculé avec un produit de cinquième génération, avait péri 51 jours plus tard; l'autre, inoculé avec un produit de sixième génération, avait succombé au bout de 20 jours. Chez ces deux cobayes, les nodosités renfermaient une grande quantité de bacilles et point de zooglées. Les bacilles différaient des bacilles de Koch par leurs dimensions et par leur faible coloration.

De là, MM. Malassez et Vignal étaient portés à admettre que l'inoculation d'un même produit morbide, ayant engendré tour à tour une tuberculose zoogléique et une tuberculose bacillaire, les germes de ces deux formes de tuberculose se trouvaient contenus dans la matière inoculée, et que ces germes, microcoques et bacilles, n'étaient que deux formes d'un seul et même micro-organisme.

Dans la première partie du premier des deux mémoires, mentionnés en tête de cet article, M. Eberth décrit d'abord une forme de pseudo-tuberculose, observée chez le cobaye, qui dans ses caractères extérieurs présente la plus grande ressemblance avec la tuberculose vraie, tandis qu'en réalité il s'agit d'une suppuration chronique avec nécrose, engendrée par des microcoques. Elle affecte le foie et d'autres organes tels que la rate, l'intestin, les ganglions lymphatiques, les poumons, les reins. Elle se montre sous forme de nodosités qui, dans les organes abdominaux, mais principalement dans le foie et l'intestin, contrastent par leur confluence et leurs dimensions considérables avec la dissémination et l'exiguité des nodosités contenues dans les poumons et les reins. Il y a donc de bonnes raisons de croire que les premières atteintes de l'agent nocif ont porté sur les organes abdominaux.

Les nodosités sont, les unes grises et de dimensions miliaires ou moindres; les autres du volume d'un grain de millet, d'un jaune caséeux; par endroits, elles s'agglomèrent de façon à constituer un foyer du volume d'un grain de genièvre, contenant à son centre du pus caséeux ou muqueux. Sur des préparations provenant du foie, ces nodosités ont été reconnues pour des îlots de parenchyme hépatique frappés de nécrose par coagulation et contenant à leur centre plusieurs amas de microcoques entourés d'une zone de démarcation assez large, constituée par des leucocytes. A en juger par leur forme, les amas les plus récents de microcoques paraissaient (sans qu'on pût l'affirmer) inclus dans des capillaires sanguins. Les microcoques en question se distinguent de ceux qu'on rencontre dans les autres formes de suppuration par leur faible aptitude à s'imprégner des matières colorantes en usage pour les recherches de microbiologie.

Eberth croit que cette forme de pseudo-tuberculose est, sinon identique, du moins très voisine de la tuberculose zoogléique de Malassez et Vignal.

IV. Pour ce qui est de l'autre forme (bacillaire) de tuberculose signalée par ces mêmes auteurs, Eberth prétend qu'elle reconnaît pour cause un bacille spécifique et qu'elle constitue une forme spéciale de pseudo-tuberculose. Il a observé un exemple de cette variété de pseudo-tuberculose sur un lapin très amaigri, qui avait été sacrifié pour servir à des recherches anatomiques. A l'autopsie de ce lapin, on découvrit une éruption récente de nodosités pour la plupart miliaires, agglomérées en îlots de 3 à 4 centimètres de diamètre sur la tunique séreuse du côlon transverse et du côlon descendant. L'intestin était ratatiné à l'état de cordon blanchâtre, de l'épaisseur d'un crayon ordinaire, parsemé de petites nodosités, les unes grises, miliaires, les autres plus grosses et caséeuses. La rate contenait également des nodosités d'âge variable, ainsi que le foie, qui renfermait plusieurs foyers caséeux du volume d'un pois. De la structure de ces nodosités, nous ne retiendrons que deux détails : c'est que l'on n'y trouva point de cellules géantes, mais, par contre, des amas de micro-organismes. Ceux-ci paraissaient être à première vue des amas de microcoques ; en réalité, c'étaient des bacilles, deux fois aussi longs que larges et d'une épaisseur au moins double, sinon triple, de l'épaisseur des bacilles de la tuberculose vraie. L'emploi des réactifs colorants de Gram, de la solution alcoolique de violet de méthyle, des solutions aqueuse et alcoolique de brun de Bismarck, du réactif de Gaffky, ne donna pas de résultats utilisables. La solution de Lœffler (100 c.c. de lessive à 1 : 1000 + 30 c.c. de solution alcoolique concentrée de bleu de méthyle) colorait ces bacilles d'une façon très nette, en l'espace de 6 à 72 heures.

Eberth fait ressortir que sur ses préparations il n'a pas, comme MM. Malassez et Vignal, trouvé des microcoques à côté des bacilles, et à ce propos il insiste sur la facilité avec laquelle on risque de prendre pour des microcoques les grann-

lations du plasma de ce bacille, qu'il considère comme le *bacille spécifique de la pseudo-tuberculose spontanée du lapin.*

V et VI. — Nous ne ferons que signaler les deux observations de KARG et G. RIEHL, comme fournissant la preuve que la lésion consécutive aux piqûres anatomiques et connue sous le nom de *tubercule anatomique*, renferme des *bacilli tuberculosi*, à côté des cellules géantes ; qu'en un mot, les tubercules anatomiques représentent des manifestations d'une tuberculose inoculée à travers le tégument externe, et dont le contage est puisé dans les tissus d'un cadavre. Des observations antérieures, de Besnier, Cornil, Verneuil, Verchère (1), entre autres, avaient déjà laissé entrevoir la nature tuberculeuse de ce genre de lésion.

D'autre part, C. Friedlander, dans une note consacrée aux deux observations de Karg et de Riehl (FORSCHRITTE DER MEDICIN, 1886, n° 4, p. 109), fait remarquer que les anciens auteurs désignaient couramment le tubercule anatomique sous le nom de *lupus anatomicus*, qu'entre cette lésion et certaines formes de lupus il existe, en effet, de grandes analogies dans les caractères cliniques, que certaines observations rendent vraisemblable le développement du lupus par inoculation d'un contage venu du dehors ; qu'il est donc très naturel de se représenter ce contage comme émanant de produits tuberculeux. Et si certaines manifestations cutanées qu'on observe chez les tuberculeux évoluent sous des dehors autres que ceux du lupus, cela tient peut-être à ce qu'elles sont consécutives à une infection autochtone, qui tire sa source des humeurs du sujet.

VIII. — WEICHSELBAUM a ensemencé des produits pathologiques provenant de quatre cas d'endocardite aiguë, dans le but d'étudier la nature des micro-organismes qui s'y trouvent contenus. Voici, en substance, les résultats fournis par ces recherches :

Dans un cas d'endocardite ulcéreuse et dans un cas d'endocardite verruqueuse, on a pu isoler des végétations valvulaires, du suc du parenchyme splénique et pulmonaire, de l'urine, des micro-organismes de l'espèce *streptococcus pyogenes*. Dans un troisième cas, où on trouva, à l'autopsie, les lésions d'une endocardite diphtéroïde (lésions en partie récentes, en partie de vieille date), les ensemencements ont donné des cultures pures du *staphylococcus auréus*.

Dans le quatrième cas, — endocardite ulcéreuse des valvules aortiques, endocardite végétante plus ancienne sur les valvules mitrale et aortique, péricardite récente, — les cultures obtenues étaient constituées à la fois par les *staphylococcus aureus* et *albus* et le *streptococcus pyogenes*.

L'inoculation (sous-cutanée ou intra-veineuse) de ces différentes variétés de microcoques ne réussissait à développer une endocardite chez des animaux que lorsque préalablement on avait pratiqué, par voie expérimentale, une lésion traumatique des valvules aortiques, au moyen d'une sonde boutonnée, parfaitement propre (stérilisée), introduite à travers l'artère carotide.

VIII. — Le travail de Wissokowitsch n'est que le développement de la communication faite au nom de l'auteur, par le professeur Orth, au dernier Congrès des naturalistes allemands. Nous avons déjà donné une analyse substantielle de cette communication. (Voir : JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, 1885, n° 42, p. 462.)

Dans un premier chapitre, l'auteur publie une relation concise de 12 cas d'endocardite dont l'autopsie a été faite dans le service du professeur Orth, de Goettingue. De ces 12 cas, un seul appartenait à la forme ulcéreuse. Dans 10 cas, les lésions endocardiques ne contenaient pas de microbes ; dans un 11e, elles renfermaient des bactéries, qui étaient selon toute apparence, de simples saprophytes. Enfin, dans le cas d'endocardite ulcéreuse, on trouva un grand nombre de bactéries du genre *staphylococcus pyogenes aureus*, dans les valvules ulcérées, dans la rate et dans les reins.

Dans la seconde partie de son travail, Wissokowitsch décrit les expériences qu'il a faites sous la direction d'Orth, et qui ont abouti à démontrer qu'on peut développer, chez les animaux, des endocardites ulcéreuses, en injectant dans les vaisseaux (veines de l'oreille), des cultures de bactéries d'espèces variées (*streptococcus pyogenes, staphylococcus pyogenes aureus, staphylococcus endocarditis, bacillus pneumoniæ, coccus sepsis* (Nicolaier), à condition qu'on ait préalablement perforé les valvules du cœur chez l'animal en expérience.

IX. M. ORTH examine quelle signification revient à ces résultats expérimentaux mis en parallèle avec les données de l'observation clinique.

Il fait remarquer d'abord, que si des espèces variées de microbes peuvent engendrer une lésion de même ordre, l'endocardite ulcéreuse, l'observation clinique nous apprend d'autre part que l'endocardite et l'endartérite se développent sous l'influence de causes variables, et que si les lésions constatées dans ces circonstances paraissent être identiques à première vue, elles n'en présentent pas moins, d'un cas à l'autre, des différences intimes en rapport avec la nature de la cause provocatrice.

Il insiste ensuite sur ce que, dans l'étiologie d'un grand nombre de maladies, on invoque à la fois des causes extérieures et des causes internes : celles-ci se résument dans la prédisposition morbide. Les expériences qui ont été rapportées justifient cette conception étiologique. Elles nous montrent que, dans l'endocardite mycosique expérimentale, la prédisposition est représentée par une lésion traumatique des parties sur lesquelles va s'exercer l'action nocive de la cause extérieure, celle-ci étant représentée par un contage organisé, par un microbe. L'application de ces données à la pathologie humaine se conçoit sans effort.

X. M. RIBBERT, dans une première communication au Congrès des naturalistes allemands (voir JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, 1885, n° 42, p. 463), avait déjà fait connaître des résultats expérimentaux qui contredisent sur un point ceux annoncés par Weichselbaum et Wissokowitsch : Il a réussi à développer des lésions endocardiques sans lésions traumatiques préalables des valvules cardiaques, par simple injection de cultures pures du *staphylococcus flavus*. Il importe cependant de noter que, dans les premières expériences de M. Ribbert, les lésions de l'endocardite étaient d'importance secondaire à côté des lésions myocardiques concomitantes.

M. Ribbert a poursuivi ses recherches avec le *staphylococcus aureus*. Il a cultivé cette bactérie sur des tranches de

(1) Verchère (F.) : *Des portes d'entrée de la tuberculose.* Thèse de Paris, 1884, n° 253.

pommes de terre; le râclage des couches les plus superficielles du terrain de culture lui a fourni une émulsion contenant de nombreuses petites particules solides, propres à faire embolie. Avec des émulsions contenant des particules solides aussi grosses que le permet l'emploi de la seringue de Pravaz, il a obtenu d'une façon à peu près constante les lésions dont il va être question. En injectant à des lapins, dans une veine de l'oreille, la valeur d'une seringue de Pravaz de l'émulsion, les animaux succombaient déjà au bout de vingt à vingt-quatre heures. En injectant des quantités moindres, les animaux survivaient pendant cinq jours au plus. Chez ceux qui succombaient au plus tôt dans le courant du second jour, on découvrait, sur la face externe du cœur dilaté, de petites taches allongées, confluentes, affectant comme siège de prédilection la face antérieure du ventricule gauche. Ces taches parsemaient le myocarde et arrivaient presque sous l'endocarde, en soulevant cette membrane. Elles étaient formées par des amas de coccus, au voisinage desquels il se faisait une nécrose du tissu musculaire.

Voilà pour les lésions myocardiques. A la suite des injections d'une émulsion contenant des particules solides volumineuses, on trouva constamment des taches blanchâtres sur les valvules tricuspide et mitrale, plus confluentes sur cette dernière, et dont les plus volumineuses mesuraient de 1 à 2 millimètres de diamètre; ces taches étaient constituées par des colonies de coccus, de l'espèce *staphylococcus aureus*.

Suit la description détaillée des lésions histologiques, constatées sur la face interne du cœur, valvules et cordages tendineux, chez des animaux qui avaient succombé à des époques plus ou moins éloignées de l'injection. Tout au début, simples amas de coccus ayant pénétré l'endothélium de dehors en dedans et non par voie embolique. A une période un peu plus avancée, un dépôt de fibrine enserrant des leucocytes s'est formé à la face externe des colonies parasitaires. Puis les coccus pénètrent dans la profondeur de l'endocarde, déterminent dans la zone adjacente un travail de nécrose qui, à son tour, éveille une réaction inflammatoire de voisinage. Les lésions qui en résultent opposent en quelque sorte une barrière à l'invasion des coccus.

A la fin de son travail, Ribbert insiste sur les différences observées dans la distribution des lésions à la surface interne du cœur, dans l'endocardite expérimentale des lapins et dans l'endocardite spontanée chez l'homme.

E. Ricklin.

(A suivre.)

THÈSES D'AGRÉGATION EN MÉDECINE

Concours de 1886

Des pyrexies abortives, par le docteur Letulle, médecin des hôpitaux. — Paris, 1885. — Asselin, éditeur.

Il est de connaissance vulgaire, et cela depuis bien des siècles, que certaines maladies, par une première atteinte, mettent l'homme à l'abri de toute contagion ultérieure. Conférer l'immunité, tel était le but de l'inoculation variolique, et plus tard des pratiques de la vaccine. Née de l'empirisme, l'idée de Jenner était cependant une idée de génie; car, renouvelée par l'expérience, vivifiée par l'esprit de critique et de méthode, elle a ouvert à la médecine des voies nouvelles. On peut dire, en effet, que la découverte de la vaccine, la création de la méthode expérimentale et l'une de ses plus brillantes applications, la méthode de l'atténuation des virus, représentent comme les phases successives de l'évolution de l'esprit humain dans cette voie si féconde en ressources de tout genre, si riche en faits acquis, plus riche encore de promesses et d'avenir. Donner aux cliniciens plus de rigueur et plus de méthode dans leurs études fut un des résultats importants de ces conceptions nouvelles. Les dissertations sur la nature plus ou moins hypothétique des maladies ont été abandonnées et ont cédé la place à des observations plus précises. L'histoire des maladies infectieuses a surtout profité de ces progrès : aussi cette histoire n'est-elle que de date relativement récente. Mais, comme le fait remarquer Griesinger, « celui-là seul peut bien comprendre la maladie qui s'est depuis longtemps familiarisé avec toutes ses formes... Il importe au plus haut point de savoir que chacune d'elles peut présenter ces formes abortives ou fébricules et que les maladies typhoïdes en particulier ont tous les degrés, depuis la fièvre presque éphémère jusqu'à la fièvre la plus complète et la plus grave. » Aussi à côté des grands types cliniques a-t-on été amené à placer des faits d'observation plus délicate, dont la notion nécessitait des moyens d'exploration plus précis.

Aujourd'hui donc, on étudie les maladies infectieuses dans leur nature et dans leur évolution; on étudie leur virus pour arriver à connaître leur vaccin; on essaye de les reproduire dans leurs formes atténuées, dans leurs formes abortives. Rechercher dans les études cliniques les faits de ce genre, rapprocher des résultats d'expérimentation les faits d'observation pure, constituait ainsi un travail intéressant à plus d'un titre.

I. — Les conditions auxquelles on peut rapporter la forme et l'intensité plus ou moins grande d'une maladie sont de deux ordres : 1° les qualités du terrain; 2° les qualités des germes morbides qui doivent s'y développer. La réponse à ces deux questions embrasse toute l'étiologie et la pathogénie générale des pyrexies abortives.

Pour que ces germes puissent se développer, il faut que le terrain présente une vitalité suffisante : sinon ces germes disparaissent ou n'ont qu'une évolution incomplète. Les raisons étiologiques qui influent sur la détermination de telle ou telle forme d'une maladie sont très nombreuses. *L'immunité due à la race* est bien connue : la variole fait de nombreuses victimes parmi les nègres qui, en revanche, offrent une immunité remarquable vis-à-vis de la fièvre jaune. La pathologie comparée nous en fournit aussi des exemples : le lapin meurt du choléra des poules; le cobaye, au contraire, supporte impunément les inoculations de ce virus. La tuberculose qui attaque l'homme et certaines espèces animales respecte le cobaye, le cheval et le chien. On connaît aussi l'histoire de ces familles dont tous les membres paraissent condamnés à mourir de la même affection : pneumonie, fièvre typhoïde, etc. A la question de race se joint *celle de l'hérédité, de l'acclimatement*, effectuant peut-être une sorte de vaccination inconsciente, de vaccination insensible. Le processus de végétation peut aussi être favorisé ou contrarié *par l'élévation ou l'abaissement de température du terrain* dans lequel il doit évoluer. Les recherches de Charrin sur la maladie pyocyanique ont montré aussi l'influence manifeste du choix du terrain d'inoculation sur l'évolution de la maladie. Enfin l'âge, l'hérédité, les vaccinations

in utero, sont des raisons étiologiques dont l'importance a été consacrée par les faits.

L'étude des qualités des microbes pathogènes soulève trois questions principales :

1° L'antagonisme de certains microbes pathogènes ;

2° La méthode de l'atténuation des virus ;

3° Le rôle des vaccins :

1° Si la vaccine n'est pas une variole modifiée, son microbe est antagoniste de celui de la variole. Comment agit-il? Deux théories essaient d'expliquer son action.

a. — Le vaccin détruit toutes les substances nécessaires à la culture de nouveaux éléments virulents et rend ainsi l'organisme réfractaire : c'est la théorie de l'épuisement.

b. — La deuxième théorie est celle de l'antidote : Les microbes pathogènes donnent naissance à des substances chimiques (par excrétion personnelle ou par action de présence) qui, antiseptiques, deviennent un poison pour eux et s'opposent au développement de nouvelles colonies. Cette dernière théorie trouve un argument nouveau dans les recherches du professeur Gautier sur les leucomaïnes.

Si, au contraire, la vaccine est une variole dégénérée, elle constitue la pyrexie abortive par excellence.

Pasteur a montré que la poule vaccinée du choléra avec succès devient réfractaire an charbon. Ces faits d'expérimentation sont très intéressants. Y a-t-il en clinique des faits analogues? Peut-on établir l'antagonisme de certaines pyrexies entre elles? On a étudié la coïncidence ou la succession des maladies chez un même individu, plutôt que leur antagonisme; mais poser la question est déjà la première condition d'études ultérieures.

2° On sait que l'action de la chaleur (85° ou 100°) atténue le virus charbonneux; que l'action de l'oxygène atténue le choléra des poules; que l'agent de la fermentation butyrique devient incapable de produire cette fermentation s'il est chauffé à 90° pendant cinq heures. On connaît l'influence de la dessication de l'air, de l'action antiseptique de certaines substances, du transport d'un virus d'une espèce à une autre (rouget du porc) ou d'un virus à travers deux espèces animales (rage). Ces résultats ont été acquis par la méthode de l'atténuation des virus. Le rapprochement de ces faits obtenus par l'expérimentation et des maladies spontanément abortives, donnera peut-être l'explication de ces épidémies remarquables par l'atténuation de leurs symptômes et par le grand nombre des cas abortifs qu'elles présentent.

3° Les vaccins présentent de grandes différences au point de vue de leur nature. Ainsi la vaccine n'est pas une variolisation abortive. Mais, en revanche, l'inoculation de la variole, la vaccine du choléra des poules, du charbon bactéridien, de la péripneumonie, sont au contraire des maladies abortives ou atténuées. Ces vaccinations peuvent être inconscientes, insensibles, latentes. Aussi peuvent-elles jouer leur rôle dans l'évolution en apparence naturelle de certaines pyrexies.

On arrive ainsi à se demander : pourquoi donc une pyrexie avorte-t-elle? Si la pathogénie de ces formes abortives reste obscure en plus d'un point, les raisons étiologiques abondent, n'ayant, chacune, il est vrai, qu'une valeur bien relative. C'est ainsi qu'on rapporte la prédominance de la forme abortive : à l'influence épidémique (début ou queue d'épidémie); à certaines localisations morbides prédominantes; à l'influence de l'acclimatement, de l'hérédité; à l'antagonisme de telle ou telle maladie antérieure; à la race, à l'âge, au sexe, au degré de résistance physiologique, à l'immunité conférée par une première atteinte, par un état diathésique, toutes raisons que l'on peut résumer en ceci : cet individu était ou n'était pas en état de réceptivité suffisante. Ce rapide aperçu montre donc que les faits observés en pathologie expérimentale et en pathologie comparée permettent de comparer les formes abortives de certaines pyrexies à ces vaccinations progressives, insensibles, latentes, qui donnent naissance aux formes frustes, abortives des maladies infectieuses. On pourrait aller plus loin encore et montrer que si, sous certaines influences, les formes abortives d'une pyrexie sont plus fréquentes, il est des cas où l'épidémie elle-même peut avorter tout entière. Et à ce propos on pourrait rappeler l'immunité de la ville de Lyon vis-à-vis des épidémies de choléra qui ont décimé la France. Elle échappa complètement en 1832, 1835, en 1865; en 1853, le choléra détermina 400 attaques, puis disparut. Et cependant Lyon paraît se trouver dans les mêmes conditions sociales, climatériques et telluriques que les autres villes qui furent ravagées par le fléau.

Telles sont les considérations d'étiologie et de pathogénie générales qui, suivant nos connaissances actuelles, peuvent faire qu'une pyrexie peut être atténuée dans sa forme abortive, dans son évolution. Discuter la valeur des mots atténué ou abortif serait œuvre stérile : il est des sujets pour lesquels il est bon de restreindre le cadre dans lequel on veut les présenter; pour d'autres, au contraire, il y a tout intérêt à l'élargir; l'étude des pyrexies abortives nous paraît devoir rentrer dans cette dernière catégorie.

II. — Les pyrexies abortives comprennent les maladies infectieuses et les fébri-phlegmasies. Elles offrent un certain nombre de caractères généraux qui ont permi d'établir la classification suivante :

1° Les unes se traduisent par des manifestations générales, sans prédominance organique : ce sont les pyrexies non systématisées;

2° Les autres tendent à se localiser sur certains appareils, sur certains systèmes de l'économie : ce sont les pyrexies systématisées.

La notion des formes abortives des pyrexies est de date relativement récente; elles n'ont pu être déterminées et classées qu'après l'application du thermomètre à la clinique. La considération de ces formes atténuées ou abortives semble vouloir augmenter la confusion et interdire toute séparation entre les diverses formes, toute classification théorique. Cependant les pyrexies, tout en offrant des caractères généraux communs, n'en conservent pas moins leur individualité, et constituent en réalité des espèces différentes au point de vue nosologique.

Les pyrexies non systématisées comprennent :

1° *Les septicémies.* — Les travaux de Gosselin et de Verneuil ont montré que *la fièvre traumatique* est d'origine septicémique; pour elle, comme pour la *septicémie gangréneuse*, le point d'origine est une plaie plus ou moins anfractueuse, plaie pour laquelle le pansement antiseptique constitue le véritable traitement abortif. Les observations de Reclus ont montré que la *pustule maligne* pouvait avorter spontanément. A côté de ces types se placent *la ou les fièvres urineuses* dont certaines sont comme des formes avortées de cette septicémie (Guyon). Enfin les travaux de Siredey, Depaul, etc.,

out montré que la fièvre de lait n'était qu'une manifestation de l'état puerpéral, manifestation générale dans certains cas, dans d'autres, au contraire, forme avortée du *puerpérisme infectieux*.

2° *Les maladies typhoïdes*. — L'étude des formes abortives présente ici un intérêt spécial. Le typhus est-il une seule maladie à manifestations multiples, une seule espèce ayant des variétés différentes : typhus exanthématique, récurrent, abdominal, méningo-spinal? Ou au contraire sont-ce là autant d'espèces, autant de maladies typhoïdes différentes ? Les auteurs sont loin de s'entendre sur ce point. Dans la première hypothèse, on pourrait considérer les formes abortives comme autant de formes de transition d'une espèce à l'autre. Dans le deuxième cas, pour certains auteurs, elles constitueraient des formes absolument spéciales, des variétés différentes.

Dans la *fièvre récurrente des Anglais*, dans la *méningite cérébro-spinale*, les formes abortives sont nettement séparées et bien décrites par le professeur Jaccoud.

Le typhus exanthématique, remarquablement étudié par F. Jacquot, Griesinger et M. Jaccond, présente aussi cette forme spéciale de la maladie. On l'a observée dans la plupart des épidémies et dans les régions les plus diverses; elle se montre au début et à la fin des épidémies. L'invasion de la maladie, comme la défervescence, sont caractérisées par la rapidité de leur évolution. La période d'état est raccourcie au point de vue de la durée, mais les symptômes n'en sont pas moins graves que dans la forme ordinaire. Toutes ces formes ont un caractère qu'elles partagent avec les cas légers ou atténués, c'est qu'elles n'ont pas d'exanthème. La guérison est la règle.

La fièvre jaune présente trois types de forme abortive : 1° forme légère, ébauchée, demi maladie, fièvre dépourvue de deux périodes et à pronostic bénin ; 2° symptômes détachés de la fièvre jaune, s'observant surtout chez les nègres ; 3° forme bilieuse inflammatoire, qui règne chez les créoles et les demi acclimatés. Enfin il y aurait une forme abortive par inoculation (Mérignac). La transmissibilité du virus, dans cette forme de la maladie, n'en paraît pas moins certaine, et une attaque de ce genre confère l'immunité.

Les nombreux documents que l'on peut recueillir sur la *fièvre typhoïde* et ses diverses formes ont permis à M. le docteur Letulle de faire une étude particulièrement intéressante de ses formes abortives. Après avoir montré, dans un historique très complet, les opinions diverses et souvent divergentes des auteurs, M. Letulle établit très nettement ce que l'on doit entendre par fièvre typhoïde abortive : « C'est une fièvre qui, « ne durant pas le temps ordinaire, se termine par la guérison. « Cette définition englobe les fébricules typhoïdes de courte « durée, les formes atténuées et certaines formes graves, mais « guéries rapidement avant l'époque habituelle de la convalescence. » Avec Griesinger, Bernheim, Homolle, il est préférable d'accepter comme terme à cette forme la limite du deuxième septenaire. 1,161 cas de fièvre typhoïde, inédits, forment les bases de ce chapitre vraiment original. Ces 1,161 cas ont fourni 202 cas de forme abortive, soit 13,39 %. L'étude des symptômes fait honneur au talent de critique et à l'esprit de méthode de l'auteur. Elle corrobore les opinions de l'École française et fait justice de l'exagération des écrivains allemands. Les travaux de Kelsch et Kiener donnaient au diagnostic de la fébricule typhoïde un intérêt nouveau. Tout en tenant compte des rapprochements que ces auteurs ont établi entre l'embarras gastrique et la fièvre typhoïde, il paraît prudent de réserver sur ce point des conclusions peut-être un peu précoces. L'étude de ces modalités cliniques de la fièvre typhoïde montre combien le médecin doit être discret dans son pronostic, et avec quel soin il doit surveiller l'hygiène de la convalescence. Certaines conditions étiologiques paraissent agir sur la détermination de cette fébricule typhoïde. Enfin, au point de vue thérapeutique, on peut atténuer la dothiénentérie, mais il n'est pas de traitement qui puisse se flatter de la faire avorter.

Dans les pyrexies systématisées, l'étude de l'érysipèle, de l'érythème polymorphe, de la fièvre zoster, permet à l'auteur de citer des faits remarquables de formes abortives.

La variole est, des fièvres éruptives, la plus intéressante, car elle présente une évolution cyclique bien nette, des formes bien définies. A côté des varioles qui avortent par influence vaccinale, il y a des cas où la variole ne tend pas à la suppuration et avorte spontanément.

M. le professeur Damaschino a spécialement étudié la scarlatine abortive. C'est une maladie rapide, mais complète ; ou bien la pyrexie est abortive par sa période fébrile, mais la desquamation est tardive ou prolongée.

Ces cas sont très importants à connaître au point de vue du diagnostic ; il en est de même de certaines formes de maladies infectieuses accompagnées d'exanthème scarlatiniforme et de purpura.

La *suette miliaire* peut être abortive par la bénignité de ses symptômes, par sa terminaison rapide, par l'absence de sueurs, par l'absence d'éruption, mais elle ne met pas à l'abri d'une convalescence longue et pénible. Le pronostic doit être encore plus réservé que dans toute autre maladie.

La *maladie ourlienne*, légère, apyrétique plus souvent qu'on ne le croit, offre des formes de ce genre.

La *grippe abortive* est aussi très fréquente. La grippe à forme angineuse coïncide souvent avec des angines herpétiques ; de sorte que l'on peut observer en même temps des grippes angineuses, des angines herpétiques, des diphthérieś légères, des embarras gastriques fébriles, autant de maladies différentes dans leurs types extrêmes, mais singulièrement rapprochées si elles se présentent sous leurs formes abortives.

Les recherches microbiologiques ont été un argument nouveau pour classer la *pneumonie* parmi les maladies générales.

La pneumonie abortive (terme proposé par le professeur Charcot en 1865) est celle qui se termine spontanément par la guérison avant le cinquième jour. Cette forme a été étudiée chez le vieillard, par Charcot et G. Bergeron; chez l'enfant, par le professeur Damaschino et par le professeur Bernheim, en 1878. Après avoir discuté et rejeté l'opinion de Wunderlich qui, sous le nom de fébricule pneumonique, admet deux formes, la forme éphémère acméiforme et la forme prolongée, le docteur Letulle montre que tantôt la pneumonie est abortive dans son évolution, sa physionomie la rapprochant de la pneumonie commune; que tantôt elle donne naissance à un type altéré qui rappelle la congestion pulmonaire aiguë de Woillez et de Cadet de Gassicourt.

Dans ces cas, le diagnostic devient vraiment difficile, et l'on se demande si ces formes de congestion pulmonaire doivent être mises dans le cadre des pneumonies abortives. On se retrouve en présence des difficultés que nous signalions tout à l'heure : la fièvre herpétique, la congestion pulmonaire aiguë,

la pneumonie abortive sont-elles trois maladies distinctes, ou trois formes voisines d'une seule et même maladie?

Nous sommes donc ainsi amenés à conclure que, dans l'histoire des pyrexies, il existe un grand nombre de faits dont la connaissance est aujourd'hui indispensable au médecin. Ils intéressent le clinicien, car ils démontrent qu'en pathologie humaine on peut observer, entre deux espèces classiques, une série de formes intermédiaires, formés pour ainsi dire dégradées des grands types cliniques. La notion de ces faits est de première importance au point de vue nosologique : aussi faut-il pouvoir en établir le diagnostic et le pronostic d'une façon précise. Ils montrent enfin quel degré de confiance on doit accorder à l'intervention thérapeutique, et avec quelle réserve on doit apprécier ses succès.

Ils intéressent tout ceux qui suivent de près les progrès des méthodes expérimentales, car ils forment une sorte de série naturelle qu'il était intéressant de mettre en regard des résultats obtenus jusqu'à ce jour par l'expérimentation.

LEJARD.

NOTES & INFORMATIONS

UN CAS DE MORT PARMI LES INDIVIDUS EN VOIE DE TRAITEMENT PRÉVENTIF CONTRE LA RAGE. — La plupart des journaux ont fait connaître le cas de mort survenu parmi les 19 Russes arrivés de Smoleusk pour se faire traiter préventivement de la rage par la méthode de M. Pasteur. Ils avaient tous été mordus par le même loup enragé, quelques-uns très cruellement à la face et aux mains; ceux-ci, en raison même de leurs blessures, ont dû être recueillis à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Richet. C'est l'un de ces derniers qui vient de succomber à la rage; les premiers symptômes ont débuté après la huitième inoculation, et une vingtaine de jours environ après la morsure.

L'autopsie a été faite par M. Cornil en présence de M. le professeur Richet et de M. Roux, préparateur de M. Pasteur. En voici les résultats, d'après le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES :

« Les morsures de la face étaient très étendues. Deux d'entre elles avaient emporté la presque totalité de la lèvre supérieure. Les deux commissures laissaient à nu les gencives et la plus grande partie des incisives supérieures, les canines et les petites molaires. Ces pertes de substance remontaient jusqu'à l'aile du nez. Une autre plaie siégeait en dehors de l'arcade sourcilière, au-dessus de l'apophyse zygomatique. En incisant la peau à ce niveau, on a découvert un fragment de dent canine du loup qui s'était cassée sur l'arcade zygomatique et qui présentait une longueur de près d'un centimètre. Cette partie de la dent était restée incluse sous les téguments comme pour attester l'énergie de l'attaque et la force de l'animal enragé, aussi bien que la longue durée de l'inoculation par le virus rabique. Le cerveau, la protubérance et le bulbe ne présentaient rien de particulier à noter à l'examen à l'œil nu. Une partie de la protubérance et du bulbe a été prise par M. Roux, pour servir à inoculer des animaux. »

Il va sans dire qu'on ne peut rien conclure de ce fait contre la méthode de traitement. La morsure par un loup dont la rage est, dit-on, plus virulente que celle du chien, le nombre et la profondeur des blessures, la brièveté de la période d'incubation, l'apparition des symptômes rabiques avant le terme habituel du traitement préventif, constituent autant de conditions particulières et importantes qui font de ce cas un cas exceptionnel. Par contre, il peut tourner à l'avantage de la méthode, en en démontrant les résultats bienfaisants. Si, en effet, aucun des compagnons du Russe qui vient de mourir ne succombe, quelle preuve puissante en faveur de la méthode ! On aurait vainement cherché à instituer une expérience plus complète et plus décisive. Le malheureux qui vient de succomber à la rage est là comme le sujet témoin qu'on sacrifie dans l'expérimentation animale; il ne permet de garder aucun doute ni sur la nature ni sur le degré d'activité du virus qui menace la vie des autres et dont on a prévenu les effets. Espérons que le succès couronnera les efforts de M. Pasteur.

— L'INSTITUT PASTEUR. — Les souscriptions continuent d'affluer. Le Conseil municipal de Paris vient de voter presque à l'unanimité la proposition suivante :

« La 8e commission (Assistance publique) est chargée de se mettre en rapport avec M. Pasteur et avec la commission spéciale de l'Académie des sciences, pour étudier la part qui pourrait être prise par la Ville de Paris dans la création de l'établissement vaccinal, dont l'installation s'impose comme une mesure d'utilité publique. »

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau ; — de M. le docteur Edouard Fournié, directeur de la REVUE MÉDICALE, médecin-adjoint de l'Institut national des sourds-muets ; — de M. le docteur Perrot (de Lyon) ; — de M. Bourdette (de Bagnères-Bigorre) ; — de M. Nollet (Paris) ; — de M. Bordet, chef des bureaux de l'Académie de médecine.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours du prosectorat.* — Le jury du concours du prosectorat se composera de MM. les professeurs Sappey et Béclard, juges de droit ; Mathias Duval, Trélat et Le Fort, désignés par le sort, et Duplay, juge suppléant.

Le concours commencera le lundi 29 mars 1886, à midi et demi, par la composition écrite.

— M. Richelot, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de pathologie externe, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le lundi 29 mars, à trois heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants. — *Les fractures et les luxations.*

— *Démonstrations pratiques de physiologie.* — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le mardi 30 mars 1886, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie.

Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis et jeudis, à une heure et demie de l'après-midi.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Dans sa séance du 16 courant, le Conseil de la Faculté a dressé sa liste de présentations pour la chaire de médecine opératoire déclarée vacante par arrêté du 22 février dernier.

Cette liste porte :

En première ligne, M. le docteur Dubar, agrégé.

En deuxième ligne, M. le docteur Baudry, agrégé.

École de médecine de Caen. — M. Bourienne est maintenu pour trois ans dans les fonctions de directeur.

École de médecine de Limoges. — M. Astaix, professeur de chimie, est nommé professeur honoraire.

∴

Hôpital de la Pitié. — *Maladies de l'estomac.* — M. le docteur Audhoui reprendra ses Leçons cliniques sur les maladies de l'estomac le jeudi 1er avril, à dix heures, à l'amphithéâtre no 3, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 14 au samedi 20 mars 1886

Fièvre typhoïde 11.—Variole 8 — Rougeole 29. — Scarlatine 12. — Coqueluche 13. — Dipthérie, croup 57. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 40. — Phthisie pulmonaire 234. — Autres tuberculoses 36. — Autres affections générales 80. — Malformation et débilité des âges extrêmes 68. — Bronchite aiguë 60. — Pneumonie 236. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 33. — au sein et mixte 29. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 121. — de l'appareil circulatoire 99. — de l'appareil respiratoire 127. — de l'appareil digestif 66. — de l'appareil génito-urinaire 30. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 23. — Total de la semaine : 1469 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Du spasmodisme opposé à la convulsion. — *Le tribromure d'allyle*, étude thérapeutique et clinique, par le docteur Armand de Fleury, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Brochure de 58 pages. — Bordeaux, 1886, imprimerie nouvelle A. Bellier et Cie.

Du refroidissement dans la pathogénie de la pneumonie, par le docteur Lagout, d'Aigeperse. Brochure de 31 pages. — Paris, 1886, Alcan-Lévy, imprimeur.

Bibliothèque ethnologique. — *Les Aztèques, histoire, mœurs, coutumes*, par Lucien Biart, avec gravures, cartes et plan. — Paris, 1885, A. Hennuyer, imprimeur-éditeur.

Les mémorables aventures du docteur J.-B. Quiès, par Paul Céliéres, illustré par F. Lix. — Paris, 1886, A. Hennuyer, imprimeur-libraire.

Flore générale des champignons, par Winsche (Otto), professeur au Gimnasium de Zwickau. Organisation, propriétés et caractères des familles, des genres et des espèces, traduit de l'allemand et annoté par J.-L. de Lanessan, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-18 de plus de 500 pages — Prix : 8 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Aux médecins et aux gens du monde

Les vérités de la médecine ancienne opposées aux illusions et aux prétentions de la médecine moderne. Critique de la méthode suivie par les médecins dans le traitement de la maladie de Gambetta, par M. N. Victor Jacob. — Paris, 1885. Un vol. in-18 de 154 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Librairie J.-B Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de **RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE LA CYPHOSE DES ADOLESCENTS. — Leçon clinique de M. le professeur VERNEUIL à l'hôpital de la Pitié, recueillie par M. L. MONNIER, interne du service.

Messieurs,

Je vous présente un enfant atteint d'une difformité peu grave, relativement assez commune, et dont la thérapeutique est encore mal fixée. Il s'agit d'une cyphose.

Le mal existait déjà l'an dernier lorsque je vis le petit patient pour la première fois. Aujourd'hui, il s'est légèrement aggravé. Voici ce que l'on constate : garçon de 12 ans, maigre, chétif, de petite taille, tête fléchie et tombante, exagération de la convexité cervico-dorsale et de la convexité dorsolombaire; lorsque les bras tombent le long du tronc, le bord spinal des omoplates s'éloigne du thorax et fait une saillie considérable au-dessous de laquelle la main peut glisser et pénétrer entre le scapulum et les côtes. C'est un type de *scapulæ alatæ*. Les muscles des gouttières vertébrales à la partie supérieure semblent atrophiés, et ceux qui fixent l'omoplate sont à demi paralysés.

Lorsqu'on commande à l'enfant de se tenir droit, la déformation s'atténue et le rachis reprend à peu près sa direction normale; mais, dès que l'effort cesse, les courbures exagérées se reproduisent. Il n'existe aucune déviation latérale, et lorsqu'on imprime à la colonne vertébrale des mouvements passifs, on constate qu'elle a conservé toute sa souplesse.

Il s'agit donc d'une cyphose simple, sans scoliose et sans lésion osseuse ni ligamenteuse.

Le petit bonhomme est, en outre, affecté d'un eczéma disséminé, très prononcé surtout au scrotum, et d'une bronchite chronique de date ancienne, mais sans tuberculose.

Déjà, l'an dernier, j'avais conseillé un traitement orthopédique et pharmaceutique qui n'a pas été rigoureusement suivi. Je vais le prescrire de nouveau; mais, pour votre instruction, je résumerai sommairement l'histoire de l'affection que vous avez sous les yeux.

La cyphose, comme vous le savez, est l'une des trois déviations classiques de la colonne vertébrale; plus commune que la lordose, elle est plus rare que la scoliose; toutefois elle est assez fréquente pour que, sans faire de spécialité, j'en aie pu voir six cas dans ma pratique depuis trois mois à peine. Elle apparaît d'ordinaire dans la deuxième enfance ou dans l'adolescence, surtout chez les filles, qui me semblent atteintes au

FEUILLETON

DES ERREURS EN BIOGRAPHIE MÉDICALE A PROPOS DE LA VIE DE GEORGES BAGLIVI (8 septembre 1668 — 17 juin 1707).

Suite. — Voir les numéros 8 et 9.

Baglivi dédia ce livre à son protecteur, à son bienfaiteur, le pape Innocent XII. Dans cette œuvre de haute philosophie médicale, Baglivi a montré une maturité intellectuelle des plus extraordinaires, car il n'était alors âgé que de vingt-huit ans. Aussi les esprits étroits, pour ne pas dire grincheux, ont ils reproché à cette merveilleuse intelligence d'avoir osé aborder, si jeune encore, une entreprise qui semble ne pouvoir être que l'apanage d'un vieillard, ou au moins d'un homme mûr, vieilli par une pratique médicale de tous les instants. Ils sont allés, cherchant partout des contradictions (le plus souvent insignifiantes), des préceptes discutables, des fautes légères, là où l'on reconnaît, là où l'on est forcé d'admirer une sûreté de touche étonnante ! Autant vaudrait reprocher à l'Océan le peu de consistance de ses vagues et oublier la force, la puissance de ses eaux, qui portent et supportent, sans se lasser, des vaisseaux immenses. Pourquoi blâmer l'audace faisant des prodiges ? Y aurait-il présomption? Et après? L'œuvre magistrale résiste à ces attaques. Le livre de Baglivi est une production de génie. C'est un phare qui a été allumé au devant d'un port, port à côté duquel il est permis de passer, mais où l'on est sûr de trouver un asile.

Aussi, quel enthousiasme l'apparition de ce livre n'excita-t-elle pas dans le monde médical ! Le pape pouvait être fier de son pupille, et à juste titre ! La Société royale de Londres ne tarda pas à nommer Baglivi membre honoraire de cette corporation scientifique (1697). En Allemagne, l'Académie Léopoldine lui conférait, deux ans après, le même titre; puis venait l'Académie des sciences de Sienne. Et c'étaient là les meilleures récompenses que Baglivi attendait de ses travaux et qui l'enorgueillissaient presque. Pourtant, on doit le reconnaître, Baglivi n'avait point fait de grandes découvertes. Il ambitionnait seulement le mérite de chercher à ramener le médecin à l'étude du divin Hippocrate. C'est que Baglivi savait

moins deux fois plus sonvent qne les garçons. Tantôt légère et temporaire, de façon à passer inaperçne, elle tend parfois à s'accroître et surtont à devenir permanente et incorrectible. Elle eet assez communément héréditaire, et il existe des famillee dont tous les membres ont le *dos voûté*.

On a beancoup discuté sur l'étiologie; les uns accusent les attitudes vicieuses qne prennent les enfants pendant les séances de travail; d'antree invoqnent le poids de la tête, le relâchement et l'allongement des ligaments, l'affaissement des disques vertébraux, les déformations osseuses. Les mieux inspirés localisent primitivement le mal dans les muscles. Comme la thérapeutiqne s'égare inévitablement quand elle procède de notions étiologiques fausses, je formulerai très nettement l'opinion à laquelle vous devez vous arrêter.

La cyphose d'origine essentiellement musculaire résulte de l'affaiblissement, de la parésie si l'on veut, des mnsclee extenseurs du rachis dans la région cervico-dorsale et des deux côtés à la fois; tous les autres désordres qu'on observe dans l'appareil ostéo-ligamenteux sont secondaires. Le groupe musculaire susdit peut être pris seul, mais la débilité atteint souvent certains muscles voisine; tels les trapézes, les rhomboïdes, les grandee dentelés. J'ai vu coïncider la cyphose avec le pied-plat valgue paralytique.

Ceci, à peine est-il besoin de le dire, ne s'applique qu'à la cyphose des adolescents, car je laisse à dessein de côté les courbures du mal de Pott et la cyphose des vieillards, à la formation de laquelle contribne sans doute la flexion permanente du tronc dans les labeurs agricolee et qui s'accompagne d'ailleurs des lésions de l'arthrite séche.

Donc, la cyphose qui nous occupe est à son début une myopathie que je rattache volontiers à l'arthritisme, comme la plnpart des paralysies et des contractnres qui ne sont pas directement sous l'inflnence du système nerveux moteur.

La notion diathésique ne manqne pas d'importance. En effet, dana le cas présent, un honorable praticien, ayant reconnu chez notre petit patient l'existence d'un point douloureux au niveau d'une dee vertèbres dorsales moyennes, en avait conclu qu'il s'agissait d'un mal de Pott commençant, et avait en conséquence prescrit un appareil immobilisant tout le rachis et ordonné de plus le repos prolongé au lit.

Comme l'enfant est herpétique à un haut degré et qu'il y a presque incompatibilité absolue entre la dartre et la tuberculose, j'ai rejeté la supposition d'un mal vertébral et changé toute la prescription précédente.

Le diagnostic de la cyphose jnvénile est si simple qne je n'y insisterai pae. La facilité avec laqnelle on fait disparaître les courbures, soit par des mouvements passifs, soit en faisant agir volontairement les muscles, l'absence de douleur et de contracture, la conservation de la souplesse du rachis en tous sens, préservent de l'erreur. La tâche est plus malaisée sans doute quand la courbure est devenue permanente; mais encore l'étendue même et la régularité de cette courbure, sa localisation à la région cervico-dorsale et l'excellence de l'état général, excluent l'idée d'un mal vertébral ou d'une ancienne fracture consolidée du rachis.

Le pronoetic, sans être grave, est cependant sérieux au point de vue de l'orthomorphie; la voussure dorsale, en effet, est assez disgracieuse pour qne les gens dn monde s'en préoccupent surtout chez lee jeunes filles. Sans donte, la difformité pent se corriger d'elle-même ou rester fort légère, mais le mieux est d'y porter reméde aussitôt et aussi complétement qne possible, car il faut toujonrs craindre de voir la difformité devenir psrmanente, même chez les jeunee sujets, comme nous en avons vu tout récemment un exemple remarquable.

Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ane, grand, robuste, bien musclé et jouissant d'une excellente santé. Son père et ses frères ont le doe notablement voûté. A 15 aus, au moment de la croissance, il commença à travailler mannellement dans un atelier où il était souvent contraint de lever et de porter de pesants fardeaux. Quelquee mois après, on s'aperçut que le dos e'arrondissait, mais on ne fit rien pour s'y opposer. La difformité alla toujours en augmentant; aujourd'hui, elle est très prononcée : elle porte sur lee dernières vertèbres cervicales et les six ou sept premièree dorsales. La concavité lombaire n'est pas considérable. Le dos est également très convexe dans le sens transversal, et les bords spinaux des omoplates sont plus écartés qne de coutnme. Il n'existe aucune déviation latérale; c'est donc une cyphose pnre et simple.

Le fâcheux est que, malgré l'âge peu avancé du garçon, la difformité ne peut être corrigée. En vain on commande les mouvements capables de redresser le rachis et d'effacer sa courbure, en vain on cherche à obtenir passivement le même effet. La grande gibbosité reste invariablement la même, et

---

profiter de l'expérience acquise au lit des malades, comme l'aurait fait un Sydenham, en affranchissant la médecine des hypothèses et des explications purement théoriques. Et, en cela Baglivi a fait preuve d'une admirable maturité, et la postérité lui en reste reconnaissante.

C'était sans doute un utile projet, mais non, comme le dit M. Salomon, un projet original, car Bacon l'avait eu longtemps auparavant, et l'avait développé dans sa *Nouvelle Atlantide*, que celui d'organiser une réunion de cbercbeurs dont chaque membre se consacrerait à l'étude d'une maladie unique, durant tout le temps de son activité scientifique. Cette étude devait poursuivre et puiser ses matériaux dans nne donble source de renseignements: d'une part, l'étude directe d'une maladie; de l'autre, l'examen consciencieux de toutes les observations publiées sur la même maladie, par les autres médecins, tant anciens que modernes. De cette accumulation d'observations et d'expériences, Baglivi pouvait espérer, et à juste titre, un grand profit pour la médecine. Naturellement, une pareille proposition fut tournée en ridicule, et à peine chercha-t-on à l'excuser par la grande jeunesse de Baglivi. Cependant, que voyons-nous aujourd'hui? Cette conception, toujours repoussée en principe, a fait quand même son chemin, et bon nombre de praticiens ont, d'abord par la force des choses, puis par la nécessité, et trop souvent par intérêt, spécialisé leurs recbercbes à telles ou telles catégories de maladies. Si bien qu'on se pose cette question : ne serait-on pas arrivé plus vite à la somme de connaissances dont nous sommes justement fiers, si, depuis tantôt deux siècles, on avait mis en pratique les conseils de Baglivi ? Est-ce trop de la vie d'un homme pour l'étude de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, de la fièvre jaune, de la lèpre, de la pneumonie ou de la fièvre pnerpérale? Se rapprochant plutôt, dans ses principes des *iatromécaniciens*, Baglivi, qui n'était point absolu dans ses idées, savait faire des emprunts aux *iatrochimistes*, comme lorsqu'il parle d'une fermentation du sang. Il réprouvait énergiquement la polypharmacie et l'emploi des moyens énergiques surtout contre les maladies aiguës, dont la plupart guérissent d'elles-mêmes, et avec l'aide d'un bon régime diététique : « Je peux confesser, dit-il, que dans les fièvres inflammatoires, et spécialement dans la variole, après la saignée (si toutefois la violence de la fièvre, l'impétuosité des humeurs vers la tête ou les autres viscères et des symptômes analogues la réclament), j'ai obtenu le plus

malheureusement elle est assez choquante. Je pense qu'aucun moyen ne pourra la corriger; il en eût été sans doute autrement si on avait essayé à l'époque du début.

Le traitement, sans être difficile ni dangereux, est cependant long, compliqué, minutieux, fatigant; aussi est-il le plus souvent mal institué, mal conduit, et par suite insuffisant; d'ailleurs, le plus souvent empiriquement établi, sans préoccupation ou sans connaissance exacte de l'étiologie et de la nature du mal. Il devrait être naturellement dirigé par des médecins spécialistes ou des praticiens ordinaires; mais les premiers n'étant pas toujours accessibles et les seconds déclinant volontiers leur compétence, les parents, sans qu'on puisse toujours les blâmer, s'adressent directement aux fabricants d'instruments orthopédiques, aux gymnastes, sinon même aux masseurs plus ou moins fameux et plus ou moins exotiques. J'ai arrêté au passage, il y a quelques mois, une dame qui, sans avoir consulté de médecin sérieux, allait partir pour la Hollande et s'y installer au besoin plusieurs semaines pour faire traiter sa fille d'une cyphose des plus légères.

Bien des fois, des malades m'ont été adressés par nos grands couteliers, qui ne voulaient pas prendre la responsabilité d'un traitement orthopédique médico-chirurgical. Pendant ces allées et ces venues, pendant qu'on essaie les bretelles américaines, les corsets à béquillons et la gymnastique générale, la difformité se perpétue ou s'exagère et devient plus malaisée à guérir. C'est alors qu'on vient chez nous comme en dernier ressort.

Nous conseillons de placer l'enfant dans une maison de santé où les traitements orthopédiques sont bien faits; on nous objecte la dépense, le temps perdu, l'impossibilité, si les parents habitent la province, de venir s'installer deux mois dans la grande ville.

Alors nous renvoyons au médecin de la famille, mais souvent nous n'avons pas pris cette ressource, par la bonne raison que c'est précisément ce confrère qui nous a envoyé le petit malade auquel il ne sait que faire et qu'il se déclare incapable de guérir.

Cet état de choses, que reconnaîtront certainement nos collègues, m'a préoccupé depuis longtemps et m'a conduit à rechercher les moyens de mettre à la portée de tous les médecins, dans les villes et au fond des campagnes, une thérapeutique simple et efficace de la cyphose, au moins dans ses premières périodes.

Partant de la donnée étiologique et admettant que la voussure cervico-dorsale est de nature parésique, je fais converger les principaux efforts vers la restauration musculaire, plaçant au second rang la correction mécanique de la difformité.

En conséquence, je provoque la contraction des muscles faibles par les agents appropriés : le froid, le massage, l'électricité, et surtout la gymnastique physiologique, c'est-à-dire l'exécution volontaire de certains mouvements déterminée faisant agir précisément les muscles qu'il convient de revivifier. Subsidiairement, j'emploie les attitudes, les mouvements passifs et les appareils orthopédiques. Il va de soi que l'hygiène, le régime et les moyens pharmaceutiques sont conjointement prescrits, s'il y a lien.

Afin de vous donner une idée de ce programme thérapeutique, je vais vous indiquer les moyens que je prescris presque uniformément, dans tous les cas de ce genre, pour fortifier les muscles, et ceci s'applique aussi bien aux cervico-dorsaux extenseurs du rachis qu'aux moteurs et fixateurs de l'omoplate, en cas d'épaules ailées.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

CANCER PRIMITIF DU POUMON. — PROPAGATION A LA COLONNE VERTÉBRALE. — PARAPLÉGIE, par M. le docteur P. MESLIER, médecin des hôpitaux.

T... Jeanne, âgée de 75 ans, sans profession, entre le 4 août 1885 salle Sainte-Anne (Hôpital Necker).

Aucun antécédent appréciable dans la famille. La mère est morte à 88 ans, bien portante jusque-là, au dire de la malade. Celle-ci avait elle-même toujours joui d'une excellente santé avant le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital.

Il y a huit mois, elle a commencé à souffrir d'une douleur dans l'épaule droite, douleur continue, exagérée par les mouvements, présentant des exacerbations momentanées légères et sans régularité dans leur apparition. Cette douleur a gagné progressivement la région scapulaire du côté droit, puis le

---

souvent de très heureuses guérisons, pour n'avoir prescrit qu'une alimentation très légère et des diluants. L'emploi des remèdes actifs vient sans cela troubler l'œuvre de la nature et la mène à mal. »

Dans un mémoire écrit dès 1696 et dirigé contre l'abus de la médication vésicante (*De usu. et abusu Vesicantium*), Baglivi, se fondant sur des vivisections et sur des expériences raisonnées, faites en 1692, alors qu'il n'avait que 23 ans, démontrait le grand danger des vésicatoires. Cette réprobation, dit fort justement M. Salomon, lui fut reprochée par des médecins qui semblaient prendre à tâche d'oublier que Baglivi ne combattait qu'une méthode alors fort exagérée par ceux qui ne craignaient pas d'appliquer à la fois à un pauvre patient cinq ou six grands vésicatoires, thérapeutique évidemment cruelle, sinon dangereuse.

Ce fut à l'âge de 32 ans, en 1700, que Baglivi publia son Traité *de Fibrà motrice et morbosâ*, traité réédité avec additions en 1701. Ce livre vint défendre la pathologie solidiste contre la théorie humorale. Baglivi y décrit deux espèces de fibres dont les caractères communs sont *la tension et le relâchement*, et dont les caractères distinctifs sont d'être, les unes musculaires, les autres membraneuses, ce que nous traduisons aujourd'hui par fibres musculaires striées et fibres musculaires lisses. La dure-mère, selon Baglivi, a une structure musculaire, et elle fonctionne comme un muscle, comprimant le cerveau lorsqu'elle se tend, le déprimant lorsqu'elle se relâche, et provoquant des mouvements de systole et de diastole dans l'encéphale, mouvements qui se constatent facilement chez les nouveau-nés et supposés analogues aux mouvements du cœur. Seulement la dure-mère, ne se contentant pas de recouvrir le cerveau, mais pénétrant dans ses anfractuosités et le divisant en deux hémisphères, il s'ensuit que les paralysies n'atteignent que la moitié du corps, de la face et du crâne. C'est à cette époque que Pacchioni publia ses élucubrations sur le fonctionnement de la dure-mère, si bien que l'on avança que Baglivi avait utilisé dans ses considérations les confidences de Pacchioni. Aussi l'accusa-t-on de plagiat. M. Salomon cherche à disculper Baglivi en faisant observer que son client est loin de nier, dans l'exposé de sa théorie, la part qui revient à Pacchioni, puisqu'il invoque le nom et l'autorité de ce professeur comme ayant reconnu anatomiquement la nature musculaire de la dure-mère (dans laquelle il a décrit trois séries de fibres qui

bras et la main du même côté. Différents médecins consultés ont ordonné des applications de pointes de feu, des badigeonnages iodés, etc., etc., tons modes de traitement qui n'ont amené aucun résultat.

Il y a environ un mois, elle est entrée à l'hôpital des Tournelles, où elle a été soumise par M. Debove à des pulvérisations au chlorure de méthyle le long du bras. Pas d'amélioration sensible.

A cette époque, l'attention n'avait pas encore été attirée sur l'existence d'une tumeur dans le creux sus-claviculaire. La malade ne s'en est aperçue elle-même que huit jours avant son entrée dans notre service.

21 août.—Persistance des douleurs dans le bras droit. Il y a même une augmentation notable de leur intensité depuis une huitaine de jours. Les mouvements du bras exagèrent beaucoup ces douleurs; la pression sur le trajet des nerfs n'a en revanche presque aucune influence, si ce n'est pourtant en un point limité, sur le trajet du cubital, au niveau du coude.

Rien à noter en ce qui concerne le nerf médian; cependant la malade rapporte la douleur aussi bien à la face antérieure qu'à la face postérieure de l'avant-bras et de la main. Anesthésie assez marquée au niveau des deux derniers doigts de la main droite. Pas de traces de paralysie. La malade serre moins fort de la main droite que de la main gauche, mais cette faiblesse purement apparente tient en réalité à la douleur que ce mouvement provoque.

Les phénomènes douloureux ne sont pas localisés au bras droit; ils s'étendent à toute la région postérieure de l'épaule jusqu'au niveau de la pointe de l'omoplate. Dans cette région, la douleur est diffuse et ne suit pas le trajet des nerfs intercostaux. Légères douleurs de temps à autre dans l'épaule gauche.

Dans le creux sus-claviculaire droit, on constate l'existence d'une tumeur très dure, arrondie, de surface assez régulière, du volume d'une grosse noix, assez mobile, en rapport par sa face antérieure avec le bord postérieur du tiers interne de la clavicule droite, animée de très légers mouvements communiqués par l'artère sous-clavière placée à sa face inférieure. Pas de souffle à ce niveau ni de mouvements d'expansion, ce qui éloigne l'idée d'un anévrysme.

Dans le creux sus-claviculaire gauche, on trouve également une tumeur dure, siégeant au point correspondant, mais moins volumineuse.

La présence de cette tumeur conduit au diagnostic de *ganglions dégénérés comprimant le plexus brachial et provoquant ainsi des douleurs à distance*. Pas de trace d'adénopathie dans aucune autre région du corps.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, la malade aurait eu une expectoration sanglante qu'elle compare elle-même à de la gelée de groseilles.

L'auscultation révèle une zone de sub-matité et d'obscurité du murmure respiratoire occupant la partie moyenne de la poitrine en arrière, du côté droit. On réserve le diagnostic jusqu'à ce qu'on puisse constater de nouveau l'expectoration gelée de groseilles dont a parlé la malade et qui motiverait fortement le diagnostic de cancer du poumon.

L'examen du cœur et des autres viscères reste complètement négatif.

22 août.—Pas de modification dans le caractère des irradiations douloureuses. Une piqûre de morphine les a fait disparaître une partie de la nuit. Elles reviennent par intervalles irréguliers. On ne constate aucun signe de compression vasculaire, artérielle ou veineuse, par la tumeur sus-claviculaire. Les deux pouls sont égaux. Pas d'œdème de la main droite.

23 août. — Expectoration de deux crachats sanglants desséchée, sans caractères spéciaux. Ce fait ne s'est même pas renouvelé jusqu'à la fin de la maladie.

Pas de changement dans les signes physiques de percussion et d'auscultation du côté droit. On constate seulement, en plus, à sa base et en arrière, quelques râles sous-crépitants peu nombreux.

28 août. — Depuis deux ou trois jours, les douleurs ont gagné l'épaule et le bras gauche et y sont devenues presque aussi intenses que du côté droit. La nuit dernière surtout elles ont présenté une violente exacerbation.

30 août. — La malade a perdu depuis la nuit dernière le mouvement et la sensibilité dans les deux jambes.

On constate, en effet, ce matin de la paraplégie complète en même temps qu'une anesthésie complète dans les membres inférieurs. Cette anesthésie remonte assez haut, environ au niveau des deuxième et quatrième côtes

Le réflexe rotulien est complètement aboli à droite, il existe encore légèrement à gauche.

---

s'étendent les unes sur les autres et s'entrecoupent entre elles sur la partie convexe du cerveau, tandis que sur la partie concave il n'existe que deux sortes de fibres). Par le seul fait que Baglivi affirme que sa théorie n'est que la conséquence des observations et des recherches de Pacchioni, il s'absout lui-même de l'inculpation de plagiat. Au surplus, il avait participé (1) aux études de Pacchioni et devait avoir souvent et longuement conversé avec lui sur ce sujet; y aurait-il rien d'étonnant à ce que ces deux médecins soient arrivés chacun de leur côté et presque simultanément aux mêmes conclusions? A ces raisons de fait invoquées par M. Salomon en faveur de Baglivi, nous permettra-t-on d'ajouter des raisons d'un autre ordre? Et d'abord, Pacchioni a dit des vérités; Baglivi a échafaudé des erreurs d'induction sur ces vérités. Y a-t-il plagiat? Non. Et puis voici une preuve morale, et qui n'est pas sans valeur, de l'intégrité de Baglivi au point de vue du soupçon de plagiat. Un plagiaire serait-il capable de stigmatiser d'une façon aussi énergique le crime de plagiat que Baglivi a su le faire à propos d'un *Ludovicus Dolce* qui, ayant traduit du latin en étrusque le livre sur les Pierres précieuses de CAMILLUS LEONARDUS PISANNENSIS (*de Gemmis*), avait supprimé le nom de l'auteur et y avait substitué le sien (livre édité à Venise en 1565)? « O detestabile furtum, s'écrie Baglivi (1), ô calamitatem deplorandam Litterariæ Reipublicæ! Quæ quidem calamitas, ne dicam pestis, cûm nostris etiam temporibus vigeat, utile admodum esset, si quis Plagiariorum historiam texeret, et veris authoribus sua opera restitueret. »

Un plagiaire proférerait-il de pareilles objurgations? Baglivi semble ne pas trouver de mot assez fort pour ternir la honte du plagiat; vol calamité, peste, rien ne lui paraît suffisant; un qualificatif vient toujours augmenter l'horreur que l'acte lui inspire. Et puis encore ne pourrait-on pas invoquer en faveur de Baglivi cette honnêteté, cette sincérité d'observation, cette passion pour la

(1) Baglivi le dit formellement: « D. Pacchionus, cùm esset Medicus secundarius in nosocomio Consolationis, plura sæpe mecum anatomica experimenta exercebat, tùm super animalibus vivis, tùm super hominum cadaveribus, ut solidorum corporis animati materiam nobiscum unà illustraret. » (*De fibrâ motrice*, lib. 1, édition Pinel, t. I, p. 372.)

(1) *De vegetatione lapidum*. Œuvres de Baglivi, édition Pinel, t. II, p. 174.

Miction et défécation involontaires.

31 août. — Au niveau du sacrum et sur la ligne médiane, apparition d'une eschare de la largeur de la paume de la main.

Disparition complète du réflexe rotulien qui existait encore légèrement à gauche. En outre, l'état général est devenu mauvais, la langue se sèche. La malade a eu un grand frisson cette nuit.

2 septembre. — Aggravation rapide de l'état général. La paraplégie est toujours dans le même état. L'eschare du sacrum ne s'est pas étendue davantage.

3 septembre. — Mort à dix heures du matin.

Autopsie faite vingt quatre heures après la mort.

Pas d'épanchement dans les plèvres. Adhérences du poumon droit avec la paroi costale dans son tiers moyen et en arrière.

Le poumon gauche est libre dans la cavité pleurale.

A la coupe du poumon droit, on constate, à la partie supéro-postérieure du lobe inférieur, des *noyaux cancéreux* de volume variable, depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'un œuf, au nombre de cinq à six ; les plus volumineux sont ramollis à leur centre. Autour de ces noyaux cancéreux, zone de congestion intense du poumon. Rien au sommet.

Le poumon gauche est légèrement congestionné vers la base et à la partie postérieure. Pas de tubercules au sommet.

Aucune lésion du côté du cœur.

L'examen des viscères abdominaux, foie, reins, estomac, intestins, organes génitaux, fait avec le plus grand soin pour y rechercher l'existence possible d'un néoplasme cancéreux, reste complètement négatif.

Centres nerveux. — En enlevant la moelle du canal rachidien, on constate, au niveau de l'union de la septième vertèbre cervicale avec la première dorsale, une légère adhérence de la dure-mère avec le cartilage de conjugaison. Cette adhérence est faible et se laisse rompre facilement. Ce même cartilage fait dans le canal médullaire une saillie légère de quelques millimètres.

Les vertèbres qui sont au-dessus et au-dessous sont faibles et se laissent entamer par le couteau.

La moelle présente une consistance plus dure au niveau du renflement cervical. Elle ne présente pas de déformation apparente. L'examen des corps vertébraux en ce même point montre un corps infiltré d'une matière blanchâtre d'aspect analogue à celui des noyaux pulmonaires.

Les tumeurs qui siégeaient au niveau du creux sous-claviculaire ont été extraites ; leur coupe présente l'apparence d'un cancer.

Les nerfs du plexus brachial du côté droit sont immédiatement en rapport avec leur face postérieure et pouvaient par conséquent être comprimés par elles.

Remarques. — Nous insisterons seulement sur les points principaux qui nous paraissent ressortir de cette observation. Une première remarque est celle qui est relative au début obscur et insidieux de la maladie, à l'expression symptomatique par laquelle celle-ci s'est tout d'abord affirmée, déjouant ainsi, au premier abord, toute tentative de diagnostic précis.

En effet, l'apparition des phénomènes douloureux du côté du membre supérieur, seule manifestation notée au début, ne pouvait, en l'absence des tumeurs sus-claviculaires on encore ignorées à ce moment, évoquer d'autre idée que celle de névralgie du plexus brachial, névralgie dont la cause restait tout entière à déterminer. Plus tard, le développement de ces tumeurs, de plus en plus visible, devait éclairer sur le mécanisme réel des douleurs du bras, mécanisme de compression ou d'irritation, qui s'expliquait suffisamment par la contiguïté étroite du ganglion dégénéré avec les nerfs du plexus brachial. On pouvait comprendre dès lors l'impuissance des divers traitements employés au début, et particulièrement celle des pulvérisations de chlorure de méthyle, dont l'efficacité ne s'adresse réellement qu'aux névralgies simples, à celles dont la cause réside dans les nerfs eux-mêmes (sciatique *à frigore*, névrite), et non point à celles que produit le voisinage d'une tumeur.

Faisons remarquer, en second lieu, le développement insidieux du cancer pulmonaire, point de départ des ganglions néoplasiques. On ne retrouve ici aucun des phénomènes qui peuvent mettre sur la voie, et le seul symptôme caractéristique de cette localisation du cancer; savoir : l'expectoration de crachats sanguinolents, semblables à de la gelée de groseilles, avait fait presque complètement défaut, ou du moins n'existait que dans les souvenirs de la malade, sans qu'il nous eût été possible de le constater. Une autre particularité à faire ressortir, c'est l'absence de cancer dans les autres organes, fait déjà constaté par nous cliniquement, affirmé ensuite par l'autopsie, et qui

---

vérité, qualités qui ressortent toutes pour ainsi dire à chaque page de ses œuvres?

Et cependant Baglivi fut accusé d'un autre plagiat : il aurait emprunté à Redi, sans le citer, l'idée que tout ce qui vit naît d'un œuf. Une pareille imputation, dirons-nous avec M. Salomon, ne saurait être prise au sérieux. Cette proposition avait été émise bien longtemps déjà avant Redi et à diverses reprises réfutée; elle formait depuis des années le sujet de discussions très vives entre les savants. Sans doute Redi avait eu la gloire de prouver expérimentalement et d'une manière absolument précise, pour une série considérable d'animaux inférieurs, leur provenance d'un œuf et avait supprimé tout appui à l'hypothèse de la génération équivoque; Baglivi n'en a pas moins le mérite de s'être rangé avec tant de jugement du côté de la vérité en disant: le principe de tout animal et de tout végétal a un œuf pour point de départ : *Omne animalium et vegetantium principium et origo ab ovo est.*

Une troisième inculpation de même genre, et assurément plus grave, fut encore adressée par Haller à Baglivi pour avoir, dans sa huitième dissertation *de Observationibus anatomicis et practicis*, transcrit presque à la lettre, et sans citer le nom de l'auteur, la relation de Malpighi sur l'examen fait au microscope de la circulation du sang chez les grenouilles vivantes. On pourrait alléguer que la relation de Malpighi n'a été publiée (dans ses œuvres posthumes) qu'un an après que Baglivi eut fait paraître son travail. Mais si on se rappelle que Baglivi avait dû prendre des notes au cours professé par Malpighi et avait dû assister à ses expériences, il est permis d'admettre que l'élève avait pu répéter et contrôler plus tard ces expériences, si bien que M. Salomon conclut que les expériences de Baglivi diffèrent de celles de Malpighi et en sont le développement. Mais Baglivi ne serait-il pas mieux et plus facilement justifié si l'on se contentait de faire remarquer le peu d'importance de la plupart de ces dissertations qui semblent être des résumés, des extraits, des notes, imprimés sans suite et comme pour faire nombre ? (1).

(A suivre.) — Dr ALBERTUS.

(1) Voici d'ailleurs ce que Baglivi dit dans sa préface : « Ut ergo hic meus liber justi opusculi molem æquet, quatuor has subdidi experientias, quæ in privatis meis annotatiunculis confusè ac rudiler extabant; utque gratificarer anatomicis, addidi quoque cadaveris Domini Malpighi sectionem, à me anno elapso Romæ factam. »

vient se joindre aux cas, encore peu nombreux dans la science, par lesquels se trouve établie l'existence du cancer primitif du poumon.

La troisième partie de l'observation nous paraît aussi présenter un intérêt particulier, en raison de l'entrée en scène brusque et inattendue, des accidents nerveux notés dans les derniers jours de la maladie. Ces accidents, analogues à ceux qui ont été constatés dans le cours de certaines myélites (myélite traumatique, myélite transverse), ne pouvaient être imputés qu'à une compression de la moelle, reconnaissant vraisemblablement pour cause le développement, au niveau du canal rachidien, de noyaux de généralisation cancéreuse, affirmation vérifiée par l'autopsie. La rapidité qui a présidé à l'apparition de ces divers symptômes, et principalement à celle de l'eschare sacrée, analogue, dans sa marche, à celles qui caractérisent les lésions du decubitus aigu, si bien décrit par M. Charcot, nous paraît également un fait digne d'être noté ; elle est vraisemblablement en rapport avec le moment précis où le nodule cancéreux, développé dans les corps vertébraux, est venu faire saillie dans l'intérieur du canal rachidien et exercer sur la moelle une compression à laquelle cet organe n'était point préparé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie.—Contributions à l'étude des mucorinées.

Suite et fin. — Voir les numéros 12 et 13.

XI. Sur la présence des bacilli tuberculosi dans les organes génitaux sains des tuberculeux, avec remarques sur l'état du fœtus dans les cas de tuberculose miliaire aiguë de la mère, par le docteur Curt Jani (*Virchow's Archiv*, t. CIII, fasc. 3, p. 252, 1886). — XII. Sur la tuberculose de la muqueuse buccale, par le docteur David Hansemann (Ibidem, t. CIII, fasc. 2, p. 264, 1886). — XIII. Sur des protozoaires parasitaires contenus dans les crachats des malades affectés de la coqueluche, par le docteur Deichler (*Zeitschrift für Wissenschaftliche Zoologie*, t. XLIII, fasc. 1, 1886). — XIV. Contributions a l'étude des bactéries contenues dans l'intestin a l'état normal, par Kuisl (*Aerztliches Intelligenzblatt*, 1885, nos 36 et 37). — XV. Mycosis mucorina. — Contribution a l'étude des mycoses survenant chez l'homme, par le docteur Paltauf (*Virchow's Archiv*, t. CII, fasc. 3, p. 543, 1885). — XVI. Métastases mycosiques chez un cheval et chez un veau, par E. Semmer (*Deutsche Zeitschrift für Thiermed*. t. XII, p. 64, et *Fortschritte der Medicin*. 1886, n° 4, p. 111). — Travaux a consulter.

XI. M. Jani, un élève de Weigert, a cherché à élucider la question de l'hérédité de la tuberculose envisagée dans ses rapports avec la nature parasitaire de cette maladie, à l'instigation de feu le professeur Cohnheim. Etant admis que la tuberculose est causée par un organisme spécifique, l'hérédité de cette maladie se conçoit difficilement sans qu'on admette que le germe spécifique, le contage, est transmis des procréateurs au fruit de la conception. Cette infection s'exerce-t-elle sur l'œuf au moment de la fécondation, ou sur l'œuf fécondé, pendant les phases ultérieures de la vie intra-utérine ? Par quelle voie s'exerce-t-elle ?

Pour résoudre ces différentes questions, M. Jani a fait une première série de recherches : Sur les cadavres de neuf tuberculeux, dont les organes génitaux ne présentaient aucune trace apparente de lésion, il a extrait du sperme, avec toutes les précautions exigibles. Ce sperme a été examiné au point de vue de la présence éventuelle des *bacilli tuberculosi*. Résultat négatif sur toute la ligne.

Les examens histologiques ont été continués sur des préparations provenant des testicules et des prostates des neuf tuberculeux. La présence des bacilles de Koch a été constatée dans la moitié des cas environ. M. Jani insiste sur ce que, tout à l'entour des bacilles, les tissus présentaient une structure absolument normale.

L'auteur examine ensuite par quelles voies ces bacilles peuvent, d'un foyer originel, se répandre dans d'autres organes, après avoir traversé la paroi des vaisseaux par effraction ou les pores naturels de cette paroi. De ce que la présence des bacilles a été constatée dans les canaux séminifères et dans la prostate de sujets morts tuberculeux, on est en droit de conclure que l'infection de l'œuf par le sperme d'un procréateur tuberculeux est chose très admissible. Le fait ne sera rigoureusement démontré que lorsqu'on aura réussi à féconder artificiellement une femelle saine, en lui injectant dans le vagin du sperme fraîs provenant d'un mâle tuberculeux, et que la femelle ainsi fécondée procréera des petits tuberculeux.

Au moment de la ponte, les bacilles peuvent atteindre l'œuf par une autre voie. Il est habituel que les lésions de la tuberculose, quand elles intéressent l'intestin, se propagent au péritoine. Par suite des mouvements péristaltiques de l'intestin, des fragments de matière tuberculeuse sont détachés de la surface des tubercules et entraînés dans la cavité péritonéale, de préférence dans les parties déclives; du moins trouve-t-on presque toujours, dans les cas de tuberculose intestinale très avancée, des nodosités tuberculeuses dans la cavité de Douglas (Weigert). De là, le contage tuberculeux est facilement charié dans les trompes de Fallope, à la faveur des mouvements des cils vibratiles : voilà comment on peut s'expliquer la coexistence fréquente de la péritonite et de la salpingite tuberculeuses. Donc, l'infection tuberculeuse de l'œuf peut avoir pour point de départ une tuberculose intestinale avec péritonite tuberculeuse consécutive.

Cela, pendant le trajet de l'œuf de l'ovaire à la cavité utérine. Mais une fois l'œuf implanté sur la face externe de l'utérus, la membrane caduque va lui constituer une sorte d'enveloppe protectrice. Les bacilles qui arrivent dans l'utérus par une des deux voies indiquées plus haut peuvent-ils traverser cette barrière, pour atteindre l'œuf ? Le fait suivant, mentionné par Jani, est très instructif à cet égard : Une femme de 35 ans entre à l'hôpital au cinquième mois d'une grossesse ; elle présentait en outre les signes et symptômes d'une tuberculose miliaire aiguë, qui l'emporta. L'autopsie fit voir que la généralisation de la tuberculose était due à l'effraction d'une veine pulmonaire par un foyer caséeux avoisinant. Tous les organes examinés étaient envahis par des nodosités miliaires. Par contre, le fœtus n'en renfermait pas. De nombreuses coupes provenant de ses différents organes ont été examinées avec le plus grand soin ; il a été impossible d'y découvrir une seule nodosité tuberculeuse, un seul bacille. D'où l'auteur croit pouvoir conclure que, dans les cas de tuberculose miliaire aiguë de la mère, le fœtus ne peut pas être contagionné par la voie de la circulation placentaire, et que le

filtre représenté par l'endothélium des sinus placentaires est trop serré pour livrer passage aux *bacilli tuberculosi*.

Incidemment, l'auteur a fait connaître en quelques lignes les idées de Weigert sur l'évolution habituelle de la tuberculose des organes génito-urinaires chez l'homme. La contagion, d'après Weigert, ne se propage pas de haut en bas par l'intermédiaire des bacilles qui, sortis du sang, traversent le filtre rénal. Elle suit une marche inverse, tirant son origine des testicules et de leurs annexes, pour remonter le long des uretères jusqu'au bassinet. C'est une question sur laquelle Weigert, dans une note additionnelle, promet de revenir prochainement.

XII. Le travail de M. Hansemann renferme cinq observations de tuberculose de la muqueuse buccale, où le diagnostic fut établi d'après les résultats de l'examen histologique de fragments de muqueuse excisés au siège des ulcérations. La présence des bacilles spécifiques a été constatée sur toutes les préparations examinées.

Dans l'un de ces cas, on avait d'abord porté le diagnostic de carcinome de la bouche. Le malade fut emporté par une tuberculose généralisée, après guérison de son affection buccale.

Dans le second et le troisième cas, les symptômes d'une affection pulmonaire, assez mal dessinée d'ailleurs, firent soupçonner la nature tuberculeuse des ulcérations buccales.

Chez le sujet de la troisième observation, on songea à une tuberculose buccale, après avoir eu recours, sans succès, à un traitement anti-syphilitique.

Enfin, un dernier malade, cachectique, présentait en même temps que des symptômes de tuberculose pulmonaire, une ulcération sur la face interne de la joue gauche, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, à fond induré, à bords épaissis, irréguliers et durs ; son début remontait à six mois. Elle était indolore.

Après avoir fait ressortir les difficultés auxquelles se heurtait jadis le diagnostic différentiel, l'auteur conclut que ces difficultés n'existent plus quand on se décide à exciser l'ulcération suspecte, pour la soumettre à un examen histologique propre à nous renseigner sur la présence ou l'absence des bacilles de Koch au siège de la lésion.

XIII. Les recherches que M. Deichler a poursuivies pendant plusieurs années, pour s'assurer de la présence éventuelle de microbes dans les crachats expectorés par les malades affectés de la coqueluche, ont abouti aux résultats suivants :

A la période d'état de la coqueluche, les crachats renferment des éléments cellulaires d'une forme spéciale, d'une grande ressemblance avec les leucocytes. Leur diamètre est celui d'un globule de pus ; leur forme est presque toujours arrondie, plus rarement ovalaire ; souvent aussi elles sont recourbées en demi-lune ou en fer à cheval. L'espace délimité par les deux cornes de la demi-lune renferme un corpuscule doué de mouvements, constitué tantôt par un petit disque granuleux, tantôt par un organite renflé en massue à une de ses extrémités, effilé et recourbé sur lui-même à l'autre extrémité. Sur des préparations sèches, ces corpuscules se colorent en bleu, la masse protoplasmique principale en rouge clair ; l'espace qui s'étend entre les deux paraît être occupé par une matière granuleuse.

Les éléments cellulaires en question n'ont été rencontrés que dans des crachats de coquelucheux. Les corpuscules en fer à cheval proviennent de cellules qui, rectilignes quand elles sont encore douées de vie, s'incurvent ensuite, envahies qu'elles sont par une sorte de rigidité cadavérique. Tant que la cellule conserve sa forme rectiligne, elle est douée de contractilité ; des figures, jointes au travail de l'auteur, font bien comprendre les particularités de forme et de structure de ces organites. Ceux-ci seraient, d'après M. Deichler, des protozoaires (formes adultes enserrant des formes embryonnaires) qui vivent à l'état de parasites au milieu des globules blancs contenus dans le mucus des crachats.

XIV. Dans le contenu de l'intestin, provenant de sujets en bonne santé, M. Kuisl a trouvé des bactéries d'espèces variées, entre autres — dans les matières extraites du cœcum d'un suicidé — les bactéries décrites par Finkler et Prior (Voir Compte rendu des Académies et Sociétés savantes, 1884, n° 42, p. 439) comme étant les micro-organismes pathogènes du choléra nostras. Précédemment M. Miller (Voir Gazette médicale, 1885, n° 5, p. 54, et Deut. medic. Wochenschrift, 1884, n° 48) avait réussi à isoler ces mêmes bactéries, du tartre recueilli à la surface des dents cariées.

XV. M. Paltauf relate l'observation d'un homme de cinquante-deux ans, sujet, depuis plusieurs années, à des troubles du côté de l'estomac, lorsqu'il fut pris d'une entérite avec péritonite circonscrite. Symptômes typhoïdiques ; fièvre modérée, à type rémittent, catarrhe pulmonaire, tuméfaction de la rate, ictère, endolorissement du foie, ascite. Mort, au bout de dix jours, en pleine connaissance. Autopsie : le cerveau renferme plusieurs abcès. Dans les deux poumons, foyers pneumoniques indurés, arrondis. Phlegmon du pharynx et du larynx. Péritonite purulente. Rate tuméfiée, de consistance molle. Sur l'iléon, on découvre trois ulcérations, dont deux ont creusé jusque dans la couche sous-séreuse ; dimensions de la plus grande : 3 centimètres en profondeur, 4 centimètres en longueur, 2 centimètres 1/2 en largeur. Sang coagulé, dans l'intestin infiltration sanguinolente de la paroi.

L'examen microscopique des échantillons du liquide retiré des parties phlegmoneuses du pharynx et du larynx, du pus contenu dans les abcès du cerveau et du poumon, des matières recueillies à la surface des ulcérations intestinales, démontra la présence d'une grande quantité de champignons filamenteux, appartenant à la famille des mucorinées. Il fut impossible de bien préciser leur forme, sur les préparations qui ont servi à ces recherches, et on a négligé de faire des cultures. Mais il est dit que ces champignons présentaient de grands traits de ressemblance avec le *mucor corymbifer*, décrit récemment par Lichtheim (Zeitschrift für klin. Medicin, t. VII, p. 141).

D'après l'auteur, c'est l'intestin qui aurait servi de porte d'entrée à ces moisissures ; de là elles auraient été entraînées dans les autres organes par le torrent circulatoire, pour faire embolie dans les poumons, dans le cerveau, dans l'épaisseur de la paroi du pharynx et du larynx. Les abcès du poumon et du cerveau étaient constitués par des foyers hémorrhagiques purulents, avec nécrose au centre.

XVI. Semmer a découvert, dans les cordons spermatiques d'un cheval, de petits foyers de pus de couleur jaunâtre, enkystés dans une capsule épaisse. Des foyers semblables étaient

contenus dans les glandes inguinales engorgées, dans une masse épaisse de tissu conjonctif qui fixait le cœcum à la paroi abdominale, dans le diaphragme et à sa surface, dans le foie et dans les poumons.

Le pus de ces abcès tenait en suspension des masses d'un jaune brunâtre, d'une grande ressemblance avec des périthèques d'aspergillus. Ce pus a été inoculé à des lapins et à des rats blancs, dans le péritoine. Il en est résulté une éclosion de petites nodosités miliaires, d'un blanc jaunâtre, constituées par un feutrage de filaments sporophores pourvus de nombreuses spores jaunes, encastrées dans une masse celluloconjonctive. Celle-ci renfermait un grand nombre de cellules géantes.

Ces nodosités ont été ensemencées dans du sérum sanguin; les cultures obtenues de la sorte étaient constituées par des moisissures avec myceliums et spores disposées en forme de pinceau.

Une autre fois, à l'ouverture d'un veau qui avait péri à la suite d'une phlébite ombilicale avec péritonite consécutive, Semmer a trouvé dans les poumons, des taches grisâtres. Examinées au microscope, ces taches ont été reconnues pour des amas de moisissures avec myceliums et spores; selon toute vraisemblance, ces parasites avaient immigré à travers la plaie ombilicale.

TRAVAUX A CONSULTER

I. *Contribution clinique à l'étude de la généralisation de la tuberculose miliaire et à l'immigration des bacilles de la tuberculose dans le torrent circulatoire*, par le docteur Bergkammer. — Virchow's Archiv, t. CII, fasc. 2, p. 397, 1885 (une observation)

II. *Recherches histologiques et bactériologiques sur la lèpre*, par le docteur Neisser (de Breslau). *Ibidem*, t. CIII, fasc. 2, p. 355, 1886.

III. *La topographie des bacilles de la lèpre*. par G. Armauer Hansen. *Ibidem*, p. 388.

IV. *Sur l'histologie de la peau des lépreux*, par G. Unna (de Hambourg). Ergænzungsheft der Monatschrift für praktische Dermtologie, 1885 (fascicule complémentaire).

— Réponse au travail de Neisser, par le même. Virchow's Archiv, t. CIII, fasc. 3, p. 553, 1886.

V. *Recherches expérimentales sur le rouget des porcs faites à l'Office sanitaire impérial de Berlin, de juillet 1882 à décembre 1883*, par Lœfler. Arbeiten aus dem Kaiserlischen Gesundheitsamte, t. I, fasc. 1 et 2, p. 46-55. Berlin, 1885.

— *Sur le rouget des porcs et sur l'inoculation de cette maladie*, par Schütz. *Ibidem*, p. 56.

— *Le rouget des porcs; son développement et sa prophylaxie*, par Lydtin et Schottelius. Wiesbaden, 1885. Bergmann, éditeur.

(Nous consacrerons prochainement une notice à ces trois derniers travaux.)

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau dictionnaire abrégé de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences physiques, chimiques et naturelles, par Charles Robin, membre de l'Institut. (Paris, Octave Doin, éditeur.)

Ce dictionnaire, qui est comme le testament scientifique de Charles Robin, car c'est la dernière œuvre à laquelle il ait travaillé, doit le jour au différend survenu entre le collaborateur de Littré et l'éditeur de l'ancien dictionnaire de Nysten. Pour tout homme impartial ou désintéressé la mort ne saurait rompre brusquement une longue et amicale collaboration entre deux savants, car l'un ne disparaît pas entièrement pour l'autre; il continue de vivre par le souvenir de l'échange journalier des idées, des réflexions, des appréciations des hommes et des choses; une longue communauté de travail, de vues et de sentiments fait que sa pensée a pénétré pour ainsi dire dans l'esprit du survivant, dont elle ne cesse pas ainsi d'inspirer, de confirmer ou de corriger les jugements. A ce point de vue, il était tout indiqué que Robin fût chargé de la nouvelle édition du dictionnaire de Nysten. Nous n'avons pas à rechercher, encore moins à apprécier les raisons pour lesquelles l'éditeur a préféré confier ce travail à un nouveau venu. Mais il est permis de dire que Robin s'est vengé noblement, si l'on peut appeler cela une vengeance, en dressant autel contre autel, c'est-à-dire en entreprenant un nouveau dictionnaire qui, tout en exprimant plus fidèlement la tradition de son œuvre collective avec Littré, fût mis à la hauteur des progrès récemment accomplis. Et voilà comment cette œuvre collective s'est dédoublée; comment, pendant que les deux auteurs, amis de leur vivant, reposent en paix dans la tombe, leur nom, accolé isolément à cette même œuvre, fournit un aliment à l'esprit de concurrence et de rivalité.

Ce serait profondément regrettable si la science y avait perdu. Heureusement il n'en est rien, et le nouveau dictionnaire de Robin est un monument digne de son aîné.

L'orthographe des mots a vivement préoccupé l'auteur. On sait que, sous prétexte de simplification, on a modifié récemment celle de la plupart des mots empruntés du grec. Robin s'élève, non sans raison, contre cette innovation, source de barbarismes qu'il réprouve envers et contre les arrêts de l'Académie française.

« Tous ceux qui savent le français, dit-il, reconnaissent qu'au fur et à mesure que le nombre des mots augmente, rien n'est plus précieux, pour la détermination de la nature des choses qu'ils désignent, que ce qui rappelle leur provenance grecque ou latine.

« C'est, en effet, par leur origine que nous apprenons le mieux la valeur des mots, comme par leur origine nous apprenons la nature des éléments qui composent la substance organisée. Pour les mots, comme pour les choses qu'ils expriment, la connaissance de l'origine est une des formes ou parties du savoir.

« Tous les hommes instruits ont, par suite, toujours protesté contre l'erreur qui consiste à vouloir rendre vulgaires les mots en leur enlevant des lettres qui indiquent, avec leur origine, leur sens et leur prononciation. L'erreur est la même, elle est aussi dangereuse, qu'il s'agisse d'une Académie ou d'un écrivain. »

« Quelle que soit la valeur scientifique de ceux qui ont introduit l'usage d'un terme, ajoute-t-il plus loin, s'il est écrit contrairement à son étymologie, l'orthographe doit en être rétablie. »

Et Robin prêche d'exemple en rétablissant l'*h* et l'*r* dans tous les mots tirés du grec où l'on a cru pouvoir les supprimer. Il ne fait en cela, dit-il, que continuer les enseignements et la tradition de Littré, enseignements et tradition que l'on viole d'une manière flagrante et peu respectueuse quand

on adopte la nouvelle orthographe dans un dictionnaire qui porte le nom de l'illustre savant.

Le format adopté par Robin lui a permis d'être plus concis et de faire contenir, dans un volume beaucoup moins gros et plus portatif que l'ancien dictionnaire de Nysten, environ quinze mille mots de plus. C'est, avant tout, un dictionnaire de définitions. Quelques mots cependant retiennent l'auteur, et il ne peut résister à la tentation de se livrer, à leur sujet, à des considérations doctrinales, restant toujours fidèle, trop fidèle même, suivant bien des avis, aux opinions qu'il a professées. A ce point de vue, il est des définitions et des développements qui restent sujets à discussion.

Mais ce travail de bénédictin, auquel Robin s'est condamné pendant deux ans, et qui, en exigeant de lui un effort long et soutenu, n'est peut-être pas resté étranger aux causes qui ont amené sa mort, n'en continue pas moins d'une manière remarquable l'œuvre inaugurée par Capuron et Nysten, et poursuivie depuis, avec un succès croissant, par Bricheteau, O. Henri, J. Briand, Jourdan, Robin et Littré. Le *Nouveau Dictionnaire* doit remplacer, dans toutes les bibliothèques, l'édition qui l'a précédé.

F. DE R.

REVUE DES THÈSES

Étude sur l'extraction de la cataracte. — Indications de l'iridectomie et recherches sur l'antisepsie opératoire. — Thèse du docteur Paul Bettremieux, ancien interne des hôpitaux. — Paris, novembre 1885.

L'auteur recommande le retour à la méthode de Daviel perfectionnée en faisant la part de quelques cas spéciaux où l'iridectomie est indiquée. L'excision de l'iris n'est pas, comme l'avait cru Græfe, une sauvegarde contre la panophthalmite; cette sécurité vis-à-vis des accidents de suppuration, il faut la chercher dans l'antisepsie; mais il ne suffit pas de désinfecter les culs-de-sac de la conjonctive, il faut combattre le développement des germes jusque dans la chambre antérieure et dans l'intérieur de la capsule cristallinienne par la méthode des *lavages intra-oculaires* inaugurée par M. le professeur Panas. L'iris étant un organe délicat, dont la moindre irritation peut laisser après elle des synéchies persistantes, le liquide injecté dans l'œil doit être aussi peu irritant que possible, et, d'après des expériences faites sur des lapins, l'auteur conseille pour l'antisepsie intra-oculaire l'acide borique à 3 % qui ne produit aucune irritation, tandis que les solutions mercurielles (sublimé, bi-iodure) actuellement employées en chirurgie oculaire produisent plus ou moins d'iritis et une opalescence cornéenne passagère et de nature chimique.

Le prolapsus de l'iris, considéré comme un des dangers de l'extraction simple, est rare quand l'incision cornéenne est nette, suffisamment grande et pas trop périphérique, quand l'iris n'a pas été contusionné et qu'il est soumis à l'action de l'ésérine dès que l'opération est terminée. Le nettoyage du champ pupillaire peut se faire parfaitement sans ébrécher l'iris, parce que, grâce à la cocaïne, l'iris est souple, le tonus de l'œil est diminué, le malade est ordinairement très docile, conditions qui expliquent encore la disparition presque complète des pertes du vitreum.

L'extraction combinée avec l'iridectomie expose aux enclavements de débris capsulaires et de la portion ciliaire de l'iris, accidents qui se compliquent souvent d'irido-choroïdites, de cyclites, avec douleurs persistantes, pouvant aboutir à la phthisie de l'œil et même à l'ophthalmie sympathique, terrible complication des opérations de cataracte qu'on n'observait pas à l'époque où tous les chirurgiens pratiquaient l'extraction simple. Le docteur Bettremieux conclut que :

1° La seule méthode classique pour l'opération de la cataracte qui semble applicable à la généralité des cas est l'extraction simple de Daviel.

2° L'extraction combinée avec iridectomie (procédé de Græfe) répond à un certain nombre d'indications spéciales.

3° Dans l'état actuel de la chirurgie oculaire, l'iridectomie est indiquée :

(*a*) Un certain temps avant l'extraction (iridectomie préparatoire) dans les cas de cataracte mûrissant très lentement (soit pour faire la maturation, soit dans un but optique) et pour certaines cataractes compliquées;

(*b*) Immédiatement avant l'extraction, quand l'iris s'oppose à la sortie du noyau cristallinien, et dans les cas où on ne compter sur le calme nécessaire à la cicatrisation de la plaie sans enclavement (iridectomie primitive);

(*c*) Immédiatement après l'extraction (iridectomie secondaire) toutes les fois que l'iris a été contusionné ou qu'il rentre difficilement;

(*d*) Un certain temps après l'extraction dans le cas d'enclavement de l'iris, suivant l'avis de plusieurs opérateurs (iridectomie tardive).

4° Indépendamment des précautions antiseptiques communes à toutes les opérations de la chirurgie oculaire, il est indiqué, pour se mettre sûrement à l'abri des accidents de suppuration, de pratiquer, après l'extraction de la cataracte, un lavage intra-oculaire antiseptique.

Paul Dalché.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

Des médicaments aliments. — On appelle ainsi les agents qui fournissent au sang les matériaux nécessaires pour réparer les déchets morbides et qui, sous un petit volume, restituent à la nutrition une énergique puissance.

Reconstituants, toniques, *analeptiques* par excellence, les médicaments-aliments trouvent leur application dans les anémies et dans toutes les formes d'amaigrissement et de débilitation organiques. Ce sont eux qui constituent la base de la médication antiphtisique; ils luttent également contre les dyspepsies et l'atonie gastro-intestinale; ils enrayent les dangers inhérents au diabète maigre et aux cachexies; ils triomphent de l'épuisement nerveux, parce qu'ils renouvellent la masse du sang, et que le sang est le meilleur antispasmodique, le *moderator nervorum* par excellence. Dans les convalescences, dans les maladies liées à la misère physiologique (scrofule, rachitisme, scorbut), dans les grossesses répétées, les allaitements prolongés, il faut recourir à ces agents de reconstitution rapide, sons peine des plus dangereuses conséquences pour l'avenir.

Je passerai en revue aujourd'hui quelques-uns de ces agents employés dans la pratique médicale : l'huile de foie de morue, la viande crue, les extraits de viande, le sang, les peptones, la poudre de viande.

L'huile de foie de morue, qui a joui et jouit encore aujourd'hui d'une grande faveur, exige, pour être assimilée, une force diges-

tive que possèdent bien rarement (il faut le dire) les malades justiciables de la médication analeptique. Elle est mal tolérée ; neuf fois sur dix, le praticien est obligé d'y renoncer à cause des vomissements et de la diarrhée qu'elle détermine, à cause de l'anorexie qu'elle entraîne. C'est d'ailleurs, une médication reconnue impossible en été et dans les pays chauds où la méthode reconstituante est pourtant si fréquemment indiquée.

La viande crue répugne aussi à bien des estomacs, et, par les nausées qu'elle provoque, met en fuite également le plus précieux des reconstituants, qui est l'*appétit!* Elle peut transmettre le tœnia, la tuberculose peut-être même.

Les gelées et extraits de viande, si vantés par les trompettes de la publicité comme produits alimentaires, sont de purs expédients, sans valeur analeptique, simples excitants de la muqueuse gastrique ou tout au plus *peptogènes*, pour user de l'expression scientifique de Corvisart.

La médication par le sang chaud des abattoirs est du ressort de ces pratiques populaires dégoûtantes, quoique séculaires. Le sang chaud ou desséché est pris sous forme de poudre, et presque toujours indigéré, et son action dynamophore est à peu près nulle.

La médication par les peptones n'est guère meilleure que cette méthode surannée, du moins au point de vue alimentaire proprement dit. Au lieu de relever, en effet, les forces de la nutrition, elles les endorment, parce que ces préparations, toutes digérées, n'exigent de la part du tube alimentaire aucun effort mécanique ou chimique. Or la fonction fait l'organe : l'organe dépérit où la fonction s'annihile. L'emploi des peptones ne se justifie donc que dans les cas de lésions graves de l'appareil digestif, lorsque ses fonctions profondément altérées, comme dans le cancer, la cirrhose, etc., ne lui permettent plus de fournir à l'économie les éléments nutritifs qui lui sont indispensables.

D'ailleurs, les peptones, fussent-elles de qualités supérieures, se décomposent avec la plus grande facilité et subissent la fermentation ammoniacale; à cause de la grande quantité d'azote albuminoïde qu'elles renferment.

Il me reste à parler de la poudre de viande, cette importante conquête dont la thérapeutique moderne s'est enrichie dans ces dernières années. La poudre de viande, bien préparée, représente au moins quatre fois son poids de viande crue. Par l'ensemble des matériaux qui la composent (fibrine, albumine, chlorures, phosphates), par sa forme condensée et son état de division moléculaire extrême qui fait que les principes constituants de la chair musculaire sont présentés à l'estomac dans les conditions les plus favorables à leur assimilation, la poudre de viande doit être considérée comme l'agent de nutrition le plus parfait. Elle s'absorbe et se digère sans répugnance; elle nourrit sans vomissement ni diarrhée. Mais, bien entendu, il faut pour cela :

1° Qu'elle soit dépourvue de toute odeur de rance et de toute saveur désagréable; 2° qu'elle soit de conservation indéfinie et sans altération possible; 3° qu'elle soit pure de tout mélange étranger et dépouillé de tout corps gras; 4° enfin, qu'au microscope, elle n'offre que des fibres musculaires, ce qui constitue le *criterium* obligé d'une peptonisation rapide et parfaite. Telles sont les conditions essentielles que doit réunir une poudre de viande.

Parmi toutes celles que j'ai été à même d'employer dans ma pratique médicale, je n'en connais guère qu'une seule que l'examen chimique et l'expérimentation clinique m'autorisent à déclarer supérieure à tous les points de vue. C'est celle connue sous le nom de poudre de viande Rousseau. Admirablement tolérée par les personnes les plus délicates, elle est la meilleure pour arriver à ce que le professeur Debove a nommé la *suralimentation*. Voilà le meilleur des médicaments-aliments, l'histogénique de premier ordre, dont le praticien ne trouvera jamais en défaut la puissance curative, soit qu'il s'agisse de remonter le taux organique et d'accroître les forces, soit qu'il lui faille lutter contre les diathèses et les maladies cachexiantes. A ceux qui douteraient, je dirai simplement: Essayez la poudre de viande Rousseau chez un phthisique, même à intestin détérioré et à fonction gastrique douteuse; vous jugerez des résultats obtenus et de ceux qu'on peut attendre, *a fortiori*, d'une aussi bonne préparation.

Dr POL VERNON.

NOTES & INFORMATIONS

LE CHOLÉRA EN BRETAGNE. — Il y a huit jours à peine, un de nos amis qui venait de visiter en touriste les côtes de la Bretagne, entre autres celles de la baie de Douardenez, nous affirmait que le choléra avait entièrement disparu des petites villes et villages qui bordent cette baie. Malheureusement, il y avait à compter, comme M. Proust l'avait prévu dans son rapport, avec l'arrivage des nombreux bateaux de pêche qui, tous les ans, à pareille époque, se donnent rendez-vous dans les petits ports de la baie de Douardenez. Dans cette prévision, et pour empêcher l'entassement des pêcheurs dans des locaux infects, on avait fait établir dans plusieurs villages, pour les recevoir et les abriter, des tentes Tollet. Mais l'ignorance ou l'indifférence des uns, l'esprit de routine ou d'opposition des autres, la négligence ou l'impuissance des autorités locales, ont en pour résultat l'inobservance des mesures prescrites et, comme conséquence, le réveil de foyers épidémiques, notamment dans le village de Tréboul, à Gonesnon, à Concarneau. Des mesures actives sont prises pour restreindre la propagation du fléau. Espérons qu'elles seront plus efficaces que les précédentes.

— Le choléra semblerait aussi se réveiller en d'autres points de l'Europe, ainsi dans le nord-est de l'Italie et, en Espagne, dans la province de Biscaye.

— ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA SECTION TECHNIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un décret du 1er mars de la présente année a institué des sections techniques auprès des diverses directions et des divers services du ministère de la guerre. Ces sections examinent en premier degré toutes les questions qui leur sont soumises par le ministre. Elles sont au nombre de sept; l'une d'elles concerne le service de santé. Une décision ministérielle, en date du 31 mars, organise comme suit le personnel et le fonctionnement de cette section du service de santé :

Organisation : La section comprend 4 sous-sections chargées, chacune, de l'étude des questions rentrant dans l'une des subdivisions suivantes :

1o Sciences médicales proprement dites (travaux scientifiques, programmes des examens et des concours, etc.);

2o Hygiène, application des sciences médicales dans l'armée (désinfections, etc., etc.);

3o Matériel;

4o Statistique médicale.

Personnel militaire : 1 médecin principal (secrétaire du comité consultatif de santé), Chef.

4 médecins principaux ou majors, employés dans le gouvernement de Paris.

2 médecins-majors, attachés au cabinet du directeur.

1 médecin-major, chargé spécialement de la statistique médicale.

1 pharmacien-major, attaché au cabinet du directeur.

2 expéditionnaires sous-officiers on soldats à la 22e section d'infirmiers.

Personnel civil : 1 bibliothécaire.

2 commis civils, dont un rédacteur.

1 gardien de bureau.

La commission des archives est supprimée.

Fonctionnement. — Questions techniques intéressant le service de santé seul : Ces questione comprennent principalement :

1o Les mesures hygiéniques de désinfection et d'assainissement ;

2o L'examen des projets établis pour la construction, l'extension et les améliorations des hôpitaux, hospicee et infirmeries ;

3o Les modifications à apporter à l'alimentation des malades dans les hôpitaux, les hospices et les infirmeries ;

4o Les modifications à apporter au matériel du service de santé ;

5o Les offres et inventions se rapportant an traitement des malades ou à l'hygiène de l'armée ;

6o L'appréciation et la publication des travaux scientifiques des officisrs dn corps de santé ;

7o Les archives de médecine et de pharmacie militaire ;

8o La statistique médicale ;

9o La centralisation des résultats dn traitement des malades dans lee hôpitaux d'eaux minérales ;

10o La revision des réglements spéciaux du service ;

11o Les bibliothèques ;

12o Lee programmes des concours et des examens concernant les officiers stagiairee et élèves dn service de santé ;

13o L'instruction technique des infirmiers et brancardiers ;

14o L'examen des cahiers des charges pour les adjudications dépendant du service de santé.

La section technique ne doit pas faire double emploi avec le bureau des hôpitanx ; elle n'a, par suite, aucune attribution administrative ou budgétaire. Elle est exclusivement consultative.

— OUVERTURE DU COURS DE PATHOLOGIE INTERNE. — M. le professeur Damaschino a commencé le mardi 30 mars son cours de pathologie interne devant un nombreux auditoire qui se souvenait des intéressantes leçons qu'il avait entendues il y a un an.

La sclérose de la moelle, les maladies du mésocéphale et des nerfs périphériques, feront cette année l'objet dn cours.

M. Damaschino a exposé l'anatomie normale du bulbe, et a expliqué d'une façon très précise, à l'aide d'un grand nombre de projections, les détails de structure et la disposition des différentes parties du bulbe.

Sans entrer dans les détails d'anatomie, nous croyons devoir insister sur ce mode de démonstrations au moyen de coupes successives, faites à différentes hauteurs et dans différente sens. On peut suivre pour ainsi dire chaque fibre nerveuse, voir son point de départ, son mode d'entrecroisement, sa terminaison. Et si, comme l'a fait M. Damaschino, on a soin de montrer ces mêmes coupes prises sur des pièces pathologiques, il est alors possible d'avoir une idée de ces parties d'autant plus nette que l'œil a été plus frappé par la vue des éléments malades tranchant, par leur coloration, sur les parties saines.

Par leurs applaudissements répétés, les auditeurs ont montré à M. Damaschino qu'ils lui étaient reconnaissants de ses travaux et de ses patientes recherches. A. M.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Crespin (Gaston-Marie), interne de quatrième année à l'hôpital Lariboisière, vient de mourir, à l'âge de vingt-huit ans, d'une pleuro-pneumonie contractée à l'hôpital.

Ses maîtres et ses amis, en grand nombre, avaient tenu à l'accompagner à sa dernière demeure. M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, après avoir rappelé les deuils récents qui viennent de frapper le corps de l'internat, et plus près de nous encore, le corps médical des hôpitaux, a tenu à saluer ce vaillant, mort sur la brêche. M. le professeur Tarnier a dit ensuite, en termes éloquents et émus, quel était l'homme et quel était l'élève et a adressé un touchant adieu à son interne de l'an passé. — M. Gilbert enfin, au nom de ses collègues de Lariboisière, est venu témoigner du vide qu'il laisse au milieu de ses amis.

A tous ces regrets, qu'il nous soit permis de joindre les nôtres, et d'exprimer à sa famille, à ses maîtres, à ses amis, toute la part que nous prenons à leur douleur. P. B.

— Un autre élève des hôpitaux, M. Clare Saint-Allais, externe de l'hôpital de la Pitié, vient de succomber, dans les mêmes conditions, au cinquième jour d'une pneumonie contractée dans le service auquel il était attaché et où il s'était fait remarquer par son zéle et son dévouement. Unissons dans une même pensée de regrets les deux jeunes victimes du devoir professionnel.

— Nous avons encore la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Gillette, chirurgien de l'hôpital St-Antoine et dn collège Rollin, qui vient de succomber à l'âge de 50 ans. Ses obsèques ont lieu aujourd'hui même. Gillette était arrivé, par son travail et sa persévérance, à se créer une situation des plus honorables. Sa mort prématurée laissera de profonds regrets parmi tous ceux qui l'ont connu.

***

ASSISTANCE PUBLIQUE.—Un concours pour la nomination à deux places de médecin au Bureau central s'ouvrira le lundi 10 mai 1886, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret en date du 11 mars 1886, M. le docteur Navarre, conseiller municipal, est nommé membre du conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. Michelin, qui a cessé de faire partie du conseil municipal.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Dubar, agrégé, est nommé professeur de médecine opératoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Un congé de trois mois est accordé à M. Truc, prosecteur, à partir du 1er mars.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Marcorelles est chargé d'un cours complémentaire de pathologie externe pendant la durée du congé accordé à M. Pirondi (2e semestre de l'année scolaire 1885-1886).

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Laulanié est chargé d'un cours de physiologie pendant la durée du congé accordé à M. Toussaint (2e semestre de l'année scolaire 1885-1886).

M. André, chef de clinique médicale, est chargé, à titre gratuit, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1885, d'un cours complémentaire d'anatomie pathologique.

M. Roule est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, d'un cours complémentaire d'histologie.

***

— M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera

un cours public sur les maladies mentales, avec application à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche, 4 avril 1886, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

La première leçon sera consacrée à une revue clinique et médico-légale de l'année 1885.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 21 AU SAMEDI 27 MARS 1886

Fièvre typhoïde 16. — Variole 7. — Rougeole 30. — Scarlatine 13. — Coqueluche 17. — Dipthérie, croup 34 — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 10. — Infections puerpérales 9 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 213. — Autres tuberculoses 43. — Autres affections générales 53 — Malformation et débilité des âges extrêmes 66. — Bronchite aiguë 49 — Pneumonie 204. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 32. — au sein et mixte 18. — Inconnu 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 129. — de l'appareil circulatoire 73. — de l'appareil respiratoire 129. — de l'appareil digestif 48 — de l'appareil génito-urinaire 32. — de la peau et du tissu lamineux 8. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 8 — Causes non classées 20. — Total de la semaine : 1341 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Un cas d'arrachement du bras et de l'omoplate, suivi de guérison, par le docteur S. Loumeau, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux. Broch. in-8. Bordeaux. — Imprimerie Gounouilhou, 1886.

Congrès français de chirurgie, première session, Paris, 1885, président M. U. Trélat, procès-verbaux, mémoires et discussions publiés sous la direction de M. le docteur Pozzi, secrétaire général. — Le premier Congrès français de chirurgie, tenu du 6 au 11 avril 1885 comprenait deux ordres de travaux distincts. Les séances du matin étaient consacrées à cinq sujets importants, mis à l'ordre du jour du Congrès, savoir : « l'étiologie et la pathogénie des infections chirurgicales, des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale ; des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée ; cure des abcès froids ; des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen. » Ces questions ont donné lieu à des communications et à des discussions très approfondies. Les séances du soir étaient réservées aux autres travaux apportés par les membres du Congrès. — C'est ainsi que 90 communications sur tous les sujets intéressant les chirurgiens sont insérées dans ce volume et attestent la haute valeur de la chirurgie française. Un fort volume grand in-8 avec figures dans le texte. — Prix : 14 fr. — Paris, librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cie, 108, boulevard Saint-Germain.

Botanique cryptogamique pharmaceutico-médicale, par Léon Marchand, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris. Deux volumes gr. in-8 de 500 p., avec de nombreuse figures dans le texte et des planches hors texte dessinées par Faguet.

Le tome I est en vente. Il forme 1 vol. de 500 pages, avec 130 figures dans le texte et une planche en taille-douce hors texte. — Prix : 12 fr. — Paris, à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 15 10 AVRIL 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE LA CYPHOSE DES ADOLESCENTS.— Leçon clinique de M. le professeur VERNEUIL à l'hôpital de la Pitié, recueillie par M. L. MONNIER, interne du service.

Suite. — Voir le numéro précédent.

A. *Application soudaine du froid.* — A l'aide d'une serviette pliée en trois, imbibée d'eau à 10° ou à peu près, et jetée sur la région dorsale, depuis la nuque jusqu'à la région lombaire, ou encore au moyen d'une douche froide administrée en versant brusquement sur le dos, et d'une certaine hauteur, un arrosoir d'eau fraîche. Il est bien entendu que les vraies douches hydrothérapiques et les bains de mer à la lame reçue sur le dos seraient préférables encore à ces expédients qui n'ont que l'avantage d'être utilisables partout.

Il est à peine nécessaire de dire que les applications froides seront très courtes, immédiatement suivies des frictions et de l'enveloppement nécessaires à l'établissement de la réaction; enfin administrées surtout en été, et interdites ou suspendues à la moindre contre-indication.

Si l'on emploie l'hydrothérapie générale à titre de tonique ou de reconstituant, on projettera le jet sur les gouttières vertébrales et la partie postérieure du thorax pendant huit à dix secondes. On pourrait encore utiliser, pour obtenir une réfrigération subite, et facile à circonscrire, la pulvérisation éthérée pratiquée au niveau des muscles faibles pendant quelques secondes.

B. *Massage.* — *Frictions.* — L'enfant couché sur le ventre, on exercera des manipulations et des frictions sèches ou stimulantes sur les gouttières vertébrales et toute l'étendue du dos en faisant au préalable croiser les bras sur la poitrine pour écarter autant que possible les omoplates et étaler leurs muscles.

C. *Electricité.* — C'est à coup sûr un des agents les plus puissants pour la reconstitution musculaire; on emploiera les courants interrompus en suivant les règles si bien tracées par Duchenne (de Boulogne). Le médecin devra faire au moins les premières séances, mais il pourra bientôt se faire assister par les parents ou quelque personne intelligente de l'entourage; il devra d'ailleurs, pour faciliter la tâche, marquer les lignes où les réophores devront être posés; il réglera de même la durée, la fréquence des séances et le degré d'intensité des courants. En commençant, on emploiera les courants faibles tous les deux jours, pendant six à huit minutes, suivant le nombre des muscles à exciter. L'action principale s'étendra de chaque côté de la ligne médiane depuis la troisième cervicale jusqu'à la dixième dorsale.

D. *Gymnastique physiologique.* — Agent thérapeutique de la plus grande valeur. Elle comprend deux procédés.

Le premier consiste à créer une résistance contre laquelle on fera lutter les muscles affaiblis : c'est ce qu'on appelle la « gymnastique de l'opposant. » Dans le cas actuel, pour fortifier les extenseurs de la région cervico-dorsale, on courbe en avant et on maintient ainsi avec la main la tête de l'enfant, puis on lui commande de faire effort pour se redresser. De même, si on veut faire contracter les trapèzes on prend les deux bras, on rapproche les coudes au-devant du thorax et on commande à l'enfant de faire effort pour rapprocher les coudes derrriere le dos. Et ainsi de suite.

Dans le second procédé, plus simple peut-être, ou commande certains mouvements précis que peuvent seuls produire les muscles qu'on veut mettre en jeu. On fait exécuter dans chaque séance huit à dix fois les mêmes mouvements; on maintient pendant dix à quinze secondes l'attitude produite par la contraction musculaire, puis on commande le repos. c'est-à-dire la cessation de l'effort, et, cinq à dix secondes après, on recommence le mouvement.

Voici la succession de mouvements et d'attitudes actives que j'emploie avec grand succès dans la cyphose même assez avancée.

L'enfant debout, les bras pendants, les pieds rapprochés comme dans la position du soldat sans armes, exécutera la série d'actes qui suit :

1o Grande inspiration dilatant et portant en haut et en avant la partie supérieure du thorax;

2o Projection en arrière de la tête, du cou et de la partie supérieure du tronc;

3o Rapprochement forcé des coudes en arrière, les avant-bras étant dans la demi-flexion;

4o Effort d'extension générale du rachis, comme si l'on voulait se grandir et toucher avec le sommet de la tête un plan situé au-dessus d'elle;

5o Élévation du corps sur la pointe des pieds;

6o Pendant huit à dix secondes, marche à petits pas dans cet état de redressement partiel du corps;

7o Relâchement soudain, en s'arrêtant, de tous les muscles contractés;

8o Repos de huit à dix secondes et reprise de la série.

Pour concourir au même but, je recommande également un exercice, préconisé du reste depuis longtemps, et qui consiste à faire marcher les enfants avec un fardeau plus ou moins lourd qu'ils doivent porter en équilibre sur la tête.

Dans les premiers temps, le moniteur, médecin ou parent, fera exécuter ces mouvements, l'enfant étant nu jusqu'à la ceinture, de façon qu'on puisse bien suivre l'action des muscles; ou bien l'enfant répètera lui-même sa gymnastique devant une glace. Plus tard, on pourra faire les séances avec le corps recouvert des vêtements ordinaires.

On peut répartir de la manière suivante les divers moyens énumérés plus haut : tous les matins, application du froid et séance de gymnastique; le soir, électrisation et massage des masses musculaires. Dans la journée, la marche pendant quelques minutes avec le fardeau sur la tête. Il sera bon de faire travailler l'enfant devant un pupitre élevé, ce qui le forcera à tenir la tête droite et le haut du corps en extension.

Je ne puis quitter le sujet sans aborder la question des appareils orthopédiques. A mon sens, ils sont tout à fait incapables, à eux seuls, de guérir la cyphose, et quand on croit avoir obtenu, à leur aide, cet heureux résultat, c'est que la maladie avait grande tendance à guérir elle-même, chose moins rare qu'on ne le pense. En revanche, ces appareils aident à la cure et empêchent les attitudes vicieuses de se reproduire et de s'exagérer, les ligaments de se distendre et de se relâcher dans le temps qui s'écoule entre l'application nécessairement intermittente des moyens s'adressant à la contraction musculaire.

Sous ce rapport, les corsets, les cuirasses, et même les plaques dorsales, peuvent rendre des services. Il va de soi que ces appareils doivent être amovo-inamovibles, pour permettre l'emploi du froid, de l'électricité, du massage, etc. Je rejette donc les appareils plâtrés, dextrinés, silicatés permanents, à moins qu'on ne les sépare ultérieurement en deux valves représentant la cuirasse des cuirassiers; encore faudra-t-il, au moment de leur confection, tenir le tronc en extension, à la manière de Sayre, de New-York.

Si je n'admets qu'exceptionnellement les appareils orthopédiques, j'attache moins d'importance encore aux attitudes passives et au décubitus sur des lits spéciaux, avec ou sans extension forcée du rachis, ces moyens ne concourant nullement à la restauration musculaire. J'accepte le repos horizontal et le décubitus dorsal sur un lit ferme, dans les cas où existe, sur quelque point du rachis, une douleur due vraisemblablement à quelque distension ligamenteuse, ou un peu d'arthrite concomitante. En ce cas, la révulsion locale peut avoir son utilité; on se servira surtout, à cet effet, des badigeonnages réitérés avec la teinture d'iode. C'est en pareil cas que les appareils temporairement placés peuvent servir.

Il est bien inutile, je pense, de parler de la ténotomie qui, jamais que je sache, n'est indiquée dans la cyphose. Cette opération appartient à l'histoire, et c'est tout ce qu'on peut en dire de moins désobligeant.

Comme vous pouvez le croire, j'associe toujours, dans la limite du possible, l'hygiène, le régime et la médication pharmaceutique à la liste des moyens locaux; le séjour au grand air et l'alimentation convenable sont de précieux adjuvants. Toutefois, j'évite soigneusement de tomber dans la ridicule manie du jour, qui consiste à voir chez tous les enfants de la faiblesse, de l'anémie, du lymphatisme, et qui conduit, par le vin, la viande, le quinquina, le fer, etc., à une tonification à outrance, dont les résultats déplorables s'accentuent de jour en jour pour qui sait les voir.

Chez l'enfant que vous avez sous les yeux, par exemple, l'herpétisme s'y manifeste, exige une tout autre médication: les sulfureux, l'arsenic, les narcotiques légers pour les bronches, seront particulièrement indiqués; les bains de mer seraient détestables. Les eaux Pyrénéennes légères ou La Bourboule, en revanche, feraient sans doute merveille.

En tout cas, les parents seront prévenus que la cyphose doit être d'ordinaire traitée pendant de longs mois, surtout dans la seconde enfance, et tant que se fait l'accroissement du rachis en longueur. En revanche, on peut leur promettre la guérison comme prix de leur persévérance et de leur obéissance aux prescriptions médicales, guérison d'ailleurs possible pour les pauvres comme pour les riches, dans le fond des campagnes comme dans les grandes villes.

Vous remarquerez, en effet, et vous me permettrez, en terminant, d'insister sur ce point, vous remarquerez, dis-je, que si j'ai parlé de cuirasses élégantes sortant de chez nos meilleurs fabricants, de bains de mer ou de station aux eaux minérales, en un mot, de choses coûteuses, on peut arriver à d'excellents résultats avec une somme de dépense très abordable pour tous les budgets.

Les familles pauvres auront toujours à leur disposition l'eau fraîche et la serviette dorsale, les frictions et les manipulations musculaires, qui ne coûtent pas plus que la gymnastique physiologique. L'électricité exige une pile qui vaut un peu plus d'un louis, et que le médecin, d'ailleurs, peut prêter. Si, enfin, il fallait contenir le rachis, le même médecin construirait sans peine, avec quelques mètres de tarlatane et un kilo de plâtre, une attelle dorsale qui remplirait très suffisamment le but.

Ainsi donc, à l'avenir, plus d'excuses pour les parents, ni pour les praticiens qui négligeraient et laisseraient s'aggraver une cyphose commençante, puisque, en tout lieu, en tout temps, et dans toutes les conditions sociales, il est possible d'instituer un traitement efficace, bénin et facile.

Vous m'avez bien souvent entendu prêcher pour ce que j'appelle la démocratisation de la chirurgie, c'est à dire pour la possibilité de voir la grande majorité des praticiens entreprendre des cures chirurgicales regardées à tort comme trop malaisées et abordables seulement aux chirurgiens de profession et aux spécialistes.

Vous savez encore que pour arriver à cette diffusion, à cette décentralisation, à cette abolition du monopole, je suis toujours en quête des moyens simples. Si je ne me trompe, les pages précédentes feront rentrer la cyphose dans le cadre des affections que chacun de vous pourra traiter et guérir sans trop de peine.

GYNÉCOLOGIE

Traitement opératoire du prolapsus utérin

par J.-A. Doléris (ancien chef de clinique d'obstétrique et de gynécologie), accoucheur des hôpitaux.

Il s'agit de la combinaison des méthodes plastiques ordi-

naires avec le procédé remis en honneur par Alexander : — le *raccourcissement des ligaments ronds.*

Mon intention n'est pas d'ériger en règle l'unique fait dont je puisse fournir, dès à présent, des résultats assez positifs, quoique récents, et que je relate plus loin, mais plutôt de discuter, *à priori*, la conduite qui paraît être la plus rationnelle en présence de cas semblables.

J'estime que les opérations plastique, élytrorrhaphie, colporrhaphie, périnéorrhaphie, sont et doivent rester la base de tout traitement chirurgical contre le prolapsus utérin et contre les déviations compliquées de prolapsus. J'ai obtenu de ces sortes d'interventions des bénéfices tels que je ne saurais consentir à y renoncer. Le nombre connu de ces opérations est assez important pour mériter d'être pris en considération dans tout parallèle avec une autre méthode.

D'un autre côté, il m'a semblé, après l'étude attentive des faits, que le raccourcissement des ligaments, l'ancienne opération d'Alquié, restaurée par Alexander, pouvait offrir des bénéfices réels. La majorité des faits de la statistique générale (150 cas) est en sa faveur, bien que l'on ait signalé un certain nombre d'échecs. Mais il ne faut pas oublier que ceci arrive à toute opération nouvelle.

Rationnellement, elle paraît légitime, lorsqu'elle est bien réglée et lorsque le chirurgien tient compte des *contre-indications.*

Matériellement, elle ne comporte aucun danger sérieux.

Ces deux prémisses étant posées, on en peut tirer parti pour cette conclusion pratique : *tenter de combiner les deux procédés opératoires,* — restaurer le support pelvien, d'une part; d'autre part, relever l'utérus.

Cette conclusion a été entrevue par Alexander lui-même, mais, comme on va le voir, d'une manière fort malheureuse, à mon avis.

Cette vue devait fatalement s'imposer, car tous les opérateurs en avaient deviné l'importance. Les uns restauraient le plancher pelvien avant, et ne recouraient à l'opération d'Alquié qu'en cas d'échec. D'antres, comme Polk, ont terminé le *shortening* par la périnéorrhaphie.

Alexander, considérant que la *cystocèle* est la lésion tenace et persistante et la complication la plus commune du prolapsus, propose de l'attaquer après le raccourcissement des ligaments ronds, une fois la cicatrisation obtenue. Il faut compter douze à quinze jours entre les deux actes opératoires.

Je me permettrai de critiquer cette vue d'une façon catégorique, qu'il s'agisse du prolapsus uni à la cystocèle ou du prolapsus seul.

En effet, s'il y a déjà cystocèle, loin de la diminuer, le raccourcissement des deux ligaments ronds, en appliquant l'utérus contre la paroi vésicale postérieure, tend à aplatir la vessie contre le pubis. Après l'opération, une poche inférieure souspubienne persiste, c'est la cystocèle, et l'ampliation de la vessie, gênée du côté de l'abdomen, devra fatalement l'augmenter. Il est impossible, d'autre part, que la distension de la vessie du côté du vagin, ne finisse pas par exercer une traction réelle sur la portion du col et du corps utérin, avec lesquels les parois de cet organe ont une connexion intime. Cette traction, ces tiraillements feront retomber l'utérus relevé par le *shortening*, et ramèneront le prolapsus tôt ou tard.

Je suis étonné que tant d'observations publiées ne mentionnent point cette conséquence du raccourcissement bilatéral des ligaments ronds, porté à l'extrême, 7 à 8 centimètres, dans les cas où il s'agissait de prolapsus avec cystocèle. Mon raisonnement doit-il être réduit à néant par les faits, ou bien a-t-il la valeur que je lui ai supposée au début, dans une première note (UNION MÉDICALE, 21 novembre 1885), et que je lui suppose encore? Je serais tenté de croire que mon opinion est la vraie, et qu'en cette situation, le *shortening* ainsi pratiqué, c'est à dire le premier, doit augmenter la cystocèle et que celle-ci, augmentant, doit nuire au succès du *shortening*.

Je m'en rapporterai d'ailleurs à deux arguments qui ne sauraient être contestés, car ils dérivent de la pratique même d'Alexander. Le premier, c'est que s'il n'a pas noté la reproduction lente et consécutive du prolapsus, il a reconnu la persistance de la cystocèle après l'opération, dans les premiers cas, où cette lésion existait préalablement. Le second, c'est que maintenant, ainsi qu'il appert des trois observations les plus récentes publiés dans la thèse de Manrique (Steinheil, Paris, 1886, p. 86 et suiv.), il attend la cicatrisation des plaies inguinales, pour porter son attention sur le vagin et opérer la restauration, aussi complète que possible, du support périnéal, par les opérations plastiques nécessaires, *élytrorraphie, périnéorraphie*, etc., suivant le cas. Polk, je le répète, opérait immédiatement à la suite, et Gardner le surlendemain du raccourcissement. (Voy. Manrique, p. 113.)

Cette façon de procéder me paraît, je le répète, fort illogique, et avant d'avoir lu les nouvelles observations d'Alexander, j'en avais imaginé une toute différente que j'ai déjà mise à exécution.

On comprendra, en effet, qu'une fois les ligaments ronds raccourcis, la matrice relevée et soutenue par un pessaire,...l'opération de la cystocèle devient fort malaisée, pour peu qu'on veuille la faire sérieusement et avec quelques chances de succès. J'ignore quel procédé Alexander a employé primitivement contre la cystocèle, mais je n'y ai (*à priori*) qu'une médiocre confiance, car je vois dans plusieurs des observations, relatant ses opérations du début, qu'il n'a songé au raccourcissement des ligaments ronds qu'après échec de l'élytrorrhaphie, et l'insuccès de cette dernière était constatable un ou deux mois après son exécution. Il faut vraiment de bien mauvaises conditions pour échouer aussi complètement dans une opération qui ne réclame qu'un peu de patience et un champ d'avivement suffisant.

Quoi qu'il en soit, si malaisée que soit l'opération de la cystocèle, elle ne le sera jamais autant, et les conditions ne seront jamais aussi mauvaises que lorsque l'utérus sera déjà fixé et retenu en haut par les ligaments ronds raccourcis. L'abaissement en sera impossible et les conditions avantageuses pour une bonne élytrorrhaphie manqueront.

On conçoit, en effet, qu'il ne sera guère possible de songer à étaler convenablement la paroi antérieure du conduit vaginal pour l'aviver et à tirer sur un utérus qui est suspendu à une cicatrice toute fraîche. Il faudra donc attendre, et quelque long temps que l'on attende, il sera toujours fort scabreux de s'exposer à détruire l'effet de la première opération par l'abaissement temporaire de la matrice. Je lis bien dans les observations qu'Alexander a usé d'un subterfuge assez ingénieux pour se passer de l'abaissement utérin ; mais cette façon de décoller la muqueuse avec le doigt (qui est possible à mettre en œuvre quelquefois) ne saurait être généralisée et échouerait dans beaucoup de cas. Il faut voir et disséquer sous le contrôle de l'œil ; et puis, enfin, il faut suturer. Tout cela, je le répète, exige la liberté des mouvements de la matrice, et par

conséquent nn ntérus fixé en hant s'y prête mal, ou, si on le tiraille, on lui fait perdre les bénéfices du raccourcissement de ce ligament, tont en ne réussissant qu'à moitié.

Les mêmes difficultés n'existent pas s'il s'agit d'une rectocèle, et ma critique ne porte qne sur l'élytrorrhaphie antérieure.

Ces raisons m'ont décidé à procéder tont différemment. et à renverser la succession des deux actes opératoires, pour arriver au même résultat. Voici le résumé et les détails du manuel opératoire que je propose et qne j'ai exécuté avec succès :

1o Commencer la restauration complète et aussi parfaite que possible du plancher pelvien suivant la nécessité; restaurer aussi le vagin en le rétrécissant sur la paroi qui est exubérante et relâchée. Donc, *cure de la rectocèle et de la cystocèle*. On peut abaisser le col ntérin à volonté, et la chose n'est ni douloureuse ni malaisée, en raison même du prolapsus;

2o Raccourcir un seul ligament rond, mais porter le raccourcissement à sa limite extrême: 8 à 10 centimètres. S'assurer que l'utérus est bien remis en place; terminer l'opération du côté de l'aine et procéder au pansement.

Je suis convaincu que le raccourcissement d'un senl ligament suffit; de nombreuses observations le prouvent, soit que l'on ait échoué dans la recherche du second, soit que la suppuration ait déterminé le relâchement des ligatures d'un côté. De plus, ce procédé permet de recourir plus tard, si la nécessité s'en fait sentir, au raccourcissement du second ligament; il assure l'élévation de l'utérus aussi complètement qu'on peut le désirer, ce dont on s'assure par le toucher combiné au palper. Il soustrait suffisamment la matrice à l'action de la pression abdominale, puisqu'il l'accole à la paroi pelvienne; il la dévie sur le côté de la vessie et la soustrait aux effets de l'ampliation de ce réservoir, le ligament non raccourci devant supporter seul la charge de céder à cette ampliation, car seul il est en rapport direct avec la paroi vésicale postérieure;

3o Assurer le maintien de l'utérus, non pas par un pessaire, mais par un tamponnement bien fait avec de la gaze iodoformée qui restera en place huit jours, pour être remplacé an bout de ce temps par un semblable. La cicatrisation sera alors complète ou à peu près du côté du vagin; elle le sera beaucoup plus tôt du côté de la plaie inguinale. On ponrra prolonger le tamponnement alors, si l'on veut, ou placer un pessaire à tige qui sera facilement supporté, tandis qu'il eût fallu s'en passer si on eût opéré à la façon d'Alexander, vu que l'on aurait couru la chance d'nne réparation difficile des plaies vaginales en présence de ce corps étranger.

L'opération à laquelle j'ai fait allusion tout à l'heure date d'un mois; je l'ai pratiquée avec le concours de mon ami le docteur Ricard, mon collaborateur dans mes recherches antérieures. En voici la relation rédigée par M. Thibaut, interne du service :

OBSERVATION. — *Cystocèle. — Prolapsus de l'utérus et du vagin. — Raccourcissement d'un ligament rond précédé de l'élytrorrhaphie.*

La nommée L..., âgée de 25 ans, journalière, entre à l'hôpital Tenon le 1 mars 1886, salle Baudelocque, lit no 10, service de M. le docteur Doleris.

Antécédents héréditaires.—Père, ... ; mère, traitée en 1885 pour albuminurie (?).

Antécédents personnels — A marché très jeune; scarlatine coqueluche.

Réglée à treize ans; menstruation irrégulière.

Deux grossesses. — A 21 ans, première grossesse : accouchement normal à terme, alitée pendant onze jours, suites de couches normales. — A 23 ans (1883), deuxième grossesse : accouchement normal, alitée huit jours.

Elle perd du sang peodant six semaines. Six mois après son accouchement, elle est sujette à de la constipation avec coliques, ballonnement du ventre.

Elle vient consulter le 18 février 1886.

Examen. — Il n'y a ni cul-de-sac ni lèvre antérieure du col.

Le vagin, la vulve, le col, sont absolument mous. Leur coloration est livide.

La muqueuse du vagin est surabondante dans tous ses points et tend à prolaber.

L'orifice du col est béant, sans incisure latérale.

Le tissu cervical est mollasse.

La muqueuse du conduit cervical est turgide et très superficiellement érodée; les orifices glandulaires sont larges.

Il n'y a pas de culs-de-sac autour du col; la muqueuse externe du col est décollée et la muqueuse du vagin se continue directement avec les lèvres mêmes du museau de tanche.

La cavité utérine mesure à peu près 5 centimètres 1/2 seulement, bien que nous ayons affaire à une secondipare.

La difformité la plus accentuée, c'est une cystocèle considérable qui fait tumeur à la vulve et entraîne l'utérus en bas.

On ne trouve rien d'anormal dans le petit bassin, par le toucher.

Un peu de sensibilité à gauche, où l'ovaire et la trompe paraissent un peu plus accessibles. Pas d'adhérences. Douleurs, pesanteurs, impossibilité des efforts et difficulté de la marche aussi bien que de la station debout.

Il serait périlleux de tenter une intervention sur cette muqueuse ramollie et dont la vitalité est ainsi troublée.

Traitement — Douches sur le siège, lavements froids, injections froides astringentes.

La malade suit pendant quinze jours et sans bénéfice un traitement local : injections et tampons astringents au tannin.

2 mars.— *Nouvel examen.*— L'état congestif de la muqueuse utérine a disparu. La desquamation épithéliale est abondante dans le vagin. Le tissu utérin est plus ferme. Le col est très bas. Au moindre effort, toute la paroi antérieure du vagin s'effondre, la cystocèle apparaît, l'utérus arrive à la vulve.

3 mars. — Le matin, la malade prend un purgatif; le soir, lavements.

4 mars. — *Opération.* — La malade est chloroformisée. L'opération est faite en deux temps.

Premier temps. — Elytrorrhaphie antérieure; avivement de 6 centimètres carrés de muqueuse portant sur la cloison vaginale antérieure et surtout sur la moitié droite de cette cloison.

Irrigation antiseptique permanente pendant l'opération. Suture continue au catgut préparé par la méthode de Schede.

Deuxième temps. — Raccourcissement du ligament rond droit, facile. On tire environ 8 centimètres du ligament; il apparaît blanchâtre, assez net. La découverte n'en a été ni longue ni malaisée.

La pince à forcipressure ne le rend turgide que très modérément et par son bout périphérique.

On voit se dessiner le sommet de l'infundibulum qui représente sa gaine péritonéale.

Pendant les tractions sur le ligament rond, une main appliquée sur le fond de l'utérus sent nettement l'ascension de l'organe.

M. Doléris fait à la base du ligament une ligature assez serrée, puis il le suture avec les piliers par trois fils doubles de catgut.

Le ligament est replié dans la plaie.

Drain, suture cutanée, pansement antiseptique.

On a usé du spray pendant la suture seulement.

Une fois cette deuxième opération terminée, on remplit le vagin

avec une longue bande de gaze iodoformée destinée à faire à la fois office de tampon, pour soutenir l'utérus à la façon d'un pessaire et à représenter un pansement permanent du côté du vagin.

La double opération a duré 28 minutes.

Soir. — La malade a été très calme pendant l'après-midi. Pas de vomissements. On cathétérise toutes les six heures. — T. 37,5; P. 92.

5 mars. — Nuit très calme. Pas de douleur au niveau de la plaie. — M. T. 37,5; P. 90. — S. T. 37,5; P. 112.

6 mars. — Nuit très bonne. Absence complète de douleur. Pas de selles depuis l'opération. Cathétérisme. — T. 37° P. 92.

7 mars. — Nuit très bonne. Ce matin, le drain est sorti spontanément. Pas de douleurs.

9 mars. — Premier pansement après cinq jours pleins. Un peu d'œdème sus-pubien. Teinte jaunâtre ecchymotique de la peau de la région. Réunion de la plaie par première intention. On enlève quatre fils sur six. Pansements (sachets, iodoforme, benjoin, eucalyptus). Compression légère. On ne touche pas à la bande iodoformée placée dans le vagin et destinée à rester en place jusqu'au huitième jour. — T. S. 37,3; P. 68.

10 mars. — Nuit parfaite. On cathétérise toujours la malade.

11 mars. — Deuxième pansement (sept jours pleins). Par ses mouvements, la malade, qui remue beaucoup, avait fait glisser le précédent. Un peu de gonflement à l'angle supérieur de la plaie. Un peu de rougeur des bords. Pas la moindre douleur. Pas de fluctuation. Ablation des deux derniers fils de la suture. Lavages phéniqués. Pansement de Lister.

Vagin. — *Premier pansement.* — Les tampons n'ont pas d'odeur. Pas de suppuration dans le vagin. On peut constater que l'utérus est remonté très haut. Application de nouveaux tampons de gaze iodoformée.

12 mars. — Etat excellent, pas de douleurs. Hier au soir, une selle après lavement.

13 mars. — Troisième pansement. La rougeur des bords de la plaie a disparu. Il existe encore un peu de gonflement à la partie supérieure; pas de douleur à la pression. Pansement de Lister.

15 mars. — Quatrième pansement (10 jours pleins). A la partie supérieure de la suture on voit une petite pointe du ligament, ronde, grosse comme un très petit pois, qui a une teinte grisâtre et tend à s'éliminer. Le reste de la suture est parfaitement réuni; pas de rougeur; pas de douleur. Pansement de Lister.

16 mars. — Pansement. Pas de modification.

17 mars. — Pansement. Pas de changement.

18 mars. — 7e pansement (13 jours pleins). On sectionne d'un coup de ciseaux, à la partie supérieure de la plaie, la petite anse du ligament rond. Pansement de Lister.

Pansement du vagin. — Les tampons sont recouverts de mucus; pas de suppuration. La paroi antérieure du vagin est beaucoup plus courte. A la partie moyenne, on voit encore la petite surface bourgeonnante, trace de la suture. L'utérus est dirigé à droite et très élevé. Le col est facile à sentir. L'ovaire gauche, comme avant l'opération, est perceptible et à peine douloureux à la pression.

19 mars. — Pansement de Lister; la malade va parfaitement bien.

20 mars. — On remplace le pansement phéniqué par une bandelette de diachylon.

24 mars. — La cicatrice est solide. On sent, au-dessus de la ligne cicatricielle, le paquet induré que fait le ligament allongé et laissé dans la plaie. Du côté du vagin : cicatrice pièce 20 cent. *Utérus haut.* Par le palper et le toucher combinés, on s'assure que le fond de l'utérus est en antéversion légère et dépasse la symphyse pubienne. Le vagin est profond, ce qui est dû à la fois à la traction exercée sur l'utérus et au tampon (il a au moins 12 à 15 cent. de longueur). Utérus incliné à droite. On sent un peu l'ovaire gauche. La malade marche et ne souffre pas. Je retire le deuxième tampon. *N'a pas eu de pessaire.* L'état du vagin est parfait; pas de catarrhe ni de sécrétion.

Cette malade est revenue me voir le 6 avril; elle est tout à fait bien et ne se ressent d'aucune sorte de malaise.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

CINQ FILAIRES DE MÉDINE SUR UN MÊME SUJET. — ABCÈS. — HÉMATURIE, par M. GASTON LAFAGE, médecin de marine.

Le fait suivant a été observé à Koundon, dans le Haut-Sénégal. Le sujet de l'observation est mon propre domestique, jeune nègre de quinze ans environ, originaire de Bakel, l'un des points du Sénégal où la filaire de Médine se rencontre le plus souvent. Le 20 juin 1884, il s'est plaint que l'annulaire de sa main gauche était si douloureux qu'il ne pouvait s'en servir. Je constatai un gonflement et un empâtement mal limités, puis je découvris sur la face interne de la deuxième phalange un petit point blanc que je crus d'abord être du pus qui commençait à sourdre; ayant incisé avec précaution, je reconnus bien vite mon erreur et le diagnostic s'impose : ce que j'avais pris pour du pus n'était autre chose que l'extrémité d'une filaire; l'ayant saisie avec des pinces, j'en amenai au dehors environ 20 centimètres; puis, éprouvant une résistance assez grande et ne voulant pas rompre le ver, je l'enroulai sur un petit morceau de diachylon et le fixai à la peau. Tous les jours j'en enroulais quelques centimètres, et au bout de quinze jours l'animal entier était extrait. Il avait une longueur approximative de 60 centimètres.

Mais avant la fin de cette extraction, le 1er juillet, le malade s'était plaint de douleurs à la jambe droite; je trouvai à la partie externe, au-dessous de la tête du péroné, une petite tumeur fluctuante; par le toucher, on sentait sous la peau un petit cordon dur que l'on pouvait suivre jusqu'au voisinage de la malléole interne. En certains points, on distinguait parfaitement ce cordon à la vue. Je n'hésitai pas à affirmer la présence d'un deuxième dragonneau. Ayant incisé la tumeur, il s'écoula un peu de pus, et j'aperçus un petit point blanc que je saisis et amenai à l'extérieur; mais à peine en avais-je attiré 2 cent., que, sans même que j'eusse éprouvé la plus petite résistance, le parasite se rompit; il me fut impossible de le retrouver. Il se forma alors en moins de trois jours un énorme abcès au tiers inférieur de la jambe; je l'ouvris de bonne heure, et la suppuration, d'abord fétide, puis de bon aspect, ne demanda pas moins de quinze jours pour se tarir, malgré les pansements antiseptiques les plus divers. Du dragonneau je n'en découvris pas trace, bien que j'eusse tous les jours examiné avec soin le pus et les linges de pansement; il est néanmoins évident qu'il a été complètement éliminé avec les produits de la suppuration; si j'avais eu un microscope, j'aurais certainement trouvé des larves.

Mon malade paraissait complètement guéri, lorsque le 25 juillet il se plaignit encore de souffrir de la cuisse gauche; je trouvai en arrière, vers le tiers inférieur, une tuméfaction assez dure, fluctuante, large comme la main; plusieurs petits pertuis laissaient sourdre un pus de bonne nature. Cet énorme abcès s'était formé lentement, sans fièvre, sans le plus léger malaise. J'incisai largement, et lorsque l'écoulement de pus et de sang fut terminé, je me mis en devoir de chercher mon ver de Guinée, car je ne doutais pas que je n'eusse encore affaire à

lui ; mais je ne vis rien, et je supposai que la filaire rompue dans le tissu cellulaire était éliminé avec le pus. Cependant, le soir du même jour, examinant avec soin la région du genon, je découvris au côté interne un point blanc presque imperceptible. Je fis une petite incision par laquelle j'introduisis de fines pinces et j'amenai au dehors plusieurs centimètres de filaire que j'enroulai et fixai à la peau. Le lendemain 29, contre-ouverture de l'abcès de la cuisse et introduction d'un drain. Continuation d'enroulement du ver. Ce jour-là, le malade se plaint d'uriner du sang en assez grande quantité; ce sang arrive à la fin de la miction; l'urine ne paraît pas autrement altérée; pas de douleurs au niveau des reins; il y a très longtemps, près de deux ans, que le malade s'est aperçu que de temps en temps ses urines étaient rouges; l'exploration de la vessie, faite à diverses reprises, ne décèle aucun calcul. S'agit-il d'une lithiase rénale? C'est fort possible; pas de traces de gravier dans l'urine. Sommes-nous plutôt en présence d'un cas d'hématurie des pays chauds qui paraît toujours occasionnée par un parasite dans le rein? Ce ne serait pas étonnant étant donné que le sujet paraît être un terrain très propice au développement des parasites. Et, dans ce cas, est-ce le *distome hématobie* dont la découverte a été faite par Harley dans l'urine d'individus hématuriques au cap de Bonne-Espérance? Est-ce la *filaria sanguinis* trouvée par Wncherer à Bahia, retrouvée par Crevaux à la Réunion et par d'autres dans l'Inde? Un microscope m'aurait peut-être permis de trouver le parasite dans l'urine; mais je n'en avais pas. Enfin, la présence du distome s'accompagne de douleurs assez intenses dans la région des reins; très souvent il ne tarde pas à apparaître de la pyélite; souvent aussi, le malade présente pendant quelque temps des symptômes graves de septicémie. Mon nègre n'a rien présenté de semblable à aucun moment. Son état général a toujours été excellent.

L'enroulement du dragonneau est continué les jours suivants, non sans occasionner de très vives douleurs. J'ai déjà fait cette remarque dans tous les cas que j'ai vus (c'est-à-dire chez cinq individus). Le 8 août, mon infirmier casse maladroitement la filaire; immédiatement redoublement et aggravation de l'abcès de la cuisse qui paraissait presque guéri, formation de plusieurs autres à la jambe. Le 10, découverte d'un nouveau ver dans le petit doigt de la main gauche, extraction facile et guérison en trois jours; longueur de l'animal 0m,45. Le 20 août, la cuisse et la jambe gauche sont guéries. Le 15 septembre, j'aperçois une nouvelle petite tumeur en forme de furoncle au niveau de la malléole interne gauche. Elle renferme une filaire de 0m,50, extraite d'un seul coup. Depuis ce jour, la guérison s'est maintenue parfaite, mais mon domestique urine toujours du sang. L'état général du malade n'a souffert à aucun moment.

Sans doute, cette observation n'ajoute rien à ce que l'on sait depuis longtemps sur la filaire de Médine. Elle confirme le danger qu'il y a de rompre le ver et la rapidité de la guérison lorsqu'on peut l'extraire entier. Elle m'a paru surtout intéressante par le nombre considérable de parasites (cinq) qui ont vécu simultanément pendant longtemps sur le même individu sans amener de troubles dans sa santé. Je n'ai pas vu un seul cas de filaire sur les individus originaires de Koundou; je n'affirme pas cependant qu'elle n'existe pas; mais il est probable que mon domestique a rapporté les siennes de Bakel ou tout au moins de Kayes, qui est aussi sur les bords du Sénégal. Il les aurait par conséquent gardées sept mois avant qu'elles manifestent leur présence. Enfin la coïncidence de l'hématurie m'a paru digne d'intérêt.

REVUE D'HYDROLOGIE

Suite. — Voir les numéros 9 et 10.

CHATEAUNEUF-LES-BAINS ET SON TRAITEMENT, par le docteur BOUDET. (1884, 55 pages.)

Les eaux de Châteauneuf (Puy-de-Dôme) sont franchement bicarbonatées, sodiques et notablement ferrugineuses, avec des sources multipliées, variées dans la proportion respective de leurs bases, alcalines ou terreuses, surtout dans leur thermalité (de 15 à 37°). Elles possèdent une notoriété bien établie, au sujet du traitement du rhumatisme. On ne saurait toujours discerner facilement le véritable caractère de semblables notoriétés, qui consacrent sans doute des appropriations réelles, mais ne répondent pas toujours à des spécialisations positives : s'agit-il de propriétés particulières du médicament ou de modes d'application particuliers, ou de simples traditions mieux assises qu'ailleurs? Ces eaux sont très abondantes, très bien appropriées aux pratiques balnéaires, par leur thermalité moyenne et par l'installation, les piscines surtout. Il est certain que le rhumatisme vulgaire, myalgique et arthralgique, y est très bien traité. Le mémoire, d'ailleurs intéressant, de M. Boudet, nous fournit-il les moyens de nous guider dans le dédale du rhumatisme, et de distinguer les circonstances où Châteauneuf, en dehors des indications de voisinage, devrait être recherché d'une manière particulière? L'auteur n'est pas entré dans des détails assez circonstanciés pour nous avancer sur un pareil sujet, qui est en général l'écueil, ou mieux le défaut des études monographiques. La seule indication que l'on puisse distinguer me paraît précisément assez difficile à accepter.

« Les eaux de Chateanneuf, dit-il, conviennent surtout aux rhumatisants dont l'état constitutionnel a besoin d'être restauré : par exemple, les lymphatiques, les anémiques, les dyspeptiques, les débilités de toutes sortes, en un mot, *ceux chez lesquels il faut éviter une médication trop stimulante, tout en voulant les tonifier.* » Mais à qui conviendrait donc une médication stimulante (le mot *trop* a ici simplement la valeur d'un superlatif), si ce n'est aux anémiques, aux débilités? « La médication de Chateauneuf n'est pas stimulante. Ces eaux procèdent lentement, comme par *insinuation.* » Cette dernière expression est ingénieuse et significative. Elle montre que cette médication convient aux névropathes et aux irritables. Sans doute des lymphatiques et des débilités peuvent être irritables, mais c'est de leur irritabilité, et non de leur état atonique, que découlera l'indication.

La notoriété qui s'est attachée aux eaux de Chateauneuf, relativement au traitement du rhumatisme, a eu l'inconvénient de leur faire attribuer des applications trop exclusivement externes, au détriment de leurs qualités médicamenteuses. M. Boudet insiste avec raison sur ces dernières, qu'assure à ces eaux leur constitution bicarbonatée, sodique et ferrugineuse. Il assure qu'elles offrent d'excellentes applications dans certaines gouttes atoniques, dans beaucoup de dyspepsies, de métrites chroniques. Mais que vient faire ici la *phthisie pulmonaire*?

SALINS-LES-BAINS (JURA), EAUX FRANÇAISES BROMO-CHLORURÉES FORTES, ÉQUIVALENTES DE KREUZNACH ET DE NAUHEIM, par le docteur GUYÉNOT, 1885.

Courte notice sur les eaux de Salins (du Jura), dont la minéralisation s'élève à 26 gr.,7, dont 22 gr.,7 de chlorure de sodium et 0 gr.,03 de bromure de potassium ; ce dernier chiffre est à remarquer, le brome, comme l'iode du reste, se montrant très rarement en proportion dosable dans les eaux minérales. Les sels d'eaux mères extraites des eaux de Salins contenant, pour 1,000 grammes, 575 grammes de chlorures et 6 gr.,6 de bromure de potassium, fournissent des bains médicamenteux d'une grande énergie et précieux dans les affections scrofuleuses, de l'enfance en particulier. C'est à la pratique commune qu'ils rendent les plus grands services.

LES EAUX DE MER THERMALES DE SALINS-MOUTIERS (SAVOIE), par le docteur LAISSUS, 1884, 46 pages.

Les eaux de Salins-Moutiers, fortement minéralisées (10 gr.,22 de chlorure de sodium), se distinguent par leur thermalité (35° c.) des autres eaux de salines, généralement froides. Elles sont encore remarquables par leur extrême abondance, qui permet de donner des bains à courant continu. Mais elles ne ressemblent que d'assez loin à l'eau de mer, et l'expression d'*eaux de mer thermales* que leur attribue M. Laissus ne me paraît nullement justifiée. Elles offrent l'ensemble des appropriations des chlorurées sodiques fortes, à la scrofule d'abord et aux cas où une médication résolutive énergique se trouve indiquée chez des constitutions anémiées ou débilitées.

MAX DURAND-FARDEL.

(A suivre.)

HYGIÈNE PUBLIQUE

LA STATISTIQUE DÉMOGRAPHIQUE A MARSEILLE EN 1885

Le bureau d'hygiène de Marseille, placé sous la direction de M. le docteur Albenois, qui remplit gratuitement ces fonctions, publie régulièrement un bulletin mensuel de statistique, lequel, en outre des détails sur l'état sanitaire de cette ville, donne des renseignements sur les épidémies régnant en France et à l'étranger. Ces renseignements sont, en effet, utiles à des médecins exerçant dans une ville maritime, et ils pourraient rendre service aux municipalités d'autres villes.

Avec les numéros de décembre 1885 et de janvier 1886, a paru le résumé de cette même année. Nous y relevons les chiffres suivants :

Le nombre des naissances légitimes a été de 9,348 (4,800 garçons, 4,548 filles). Le nombre des naissances illégitimes a été de 1,564 (833 m., 731 f.), soit 15 0/0 du chiffre total des naissances.

Il y a eu 12,152 décès (6,491 m. et 5,661 f.). L'excédant des décès a été de 1,240. Les morts-nès ont été au nombre de 804, dont 661 légitimes, soit le 12e du chiffre des naissances légitimes, et 133 illégitimes, soit le 10e du chiffre des naissances illégitimes.

Il y a eu 2,926 mariges, dont 2,413 de garçons avec filles, 148 de garçons avec veuves, 247 de veufs avec filles, et 108 de veufs avec veuves. Sur ce nombre, 2,731 hommes et 2,463 femmes ont su signer. Dans 158 mariages, il y a eu légitimation de 207 enfants. 135 divorces ont été prononcés.

Le mouvement des prostituées est assez intéressant à constater. Il y en avait 592 inscrites au 31 décembre 1884 ; par suite d'inscriptions nouvelles, le chiffre est monté à 1054, mais si on défalque 548 radiations, dont 432 pour changement de domicile, 19 pour décès, 5 pour mariage, on ne trouve, au 31 décembre 1885, que 506 inscrites, soit 86 de moins qu'au 31 décembre 1884.

L'hôpital de la Conception a reçu 492 prostituées malades. C'est beaucoup.

M. le docteur Albenois donne un diagramme des décès par maladies zymotiques dans l'année 1885.

Sur un total de 12,152 décès, la fièvre typhoïde en a donné 535, la variole 329, la scalatine 84; la rougeole 82, la diphtérie 354.

Les mois les plus frappés sont : pour la typhoïde : juillet, 138; août, 100; septembre, 70; octobre, 42 ;

Pour la variole : décembre, 110; novembre, 102; octobre, 49;

Pour la diphtérie : décembre, 61; novembre, 51; août, 32 ;

Pour la rougeole : juillet, 24; décembre, 15 ;

Pour la scarlatine : mai, 20; juin, 13.

Cette dernière alla en diminuant jusqu'à 0 en septembre, puis reprit son essor.

Le choléra a fait son apparition le 26 juin pour finir le 9 décembre ; il a donné 1,259 décès, dont 2 en juin, 43 en juillet, 956 en août, 225 en septembre, 18 en octobre, 13 en novembre et 2 en décembre.

Un tracé, dont nous n'avons pas pu tirer des données très marquées, indique les relations des épidémies cholériques de 1884 et 1885 avec les variations météorologiques (pression, chaleur, eau tombée, etc.). Il faudra de nombreuses observations pour arriver à des conclusions pratiques. Notons que l'observation ozonométrique n'a pas été faite.

Du reste, nous ne savons rien, par cette brochure, de l'organisation du bureau d'hygiène de Marseille et de ses travaux pour 1885. Marseille est cependant une des villes où une organisation sanitaire sérieuse est le plus nécessaire.

D.

BIBLIOGRAPHIE

CHIMIE BIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE DES ALBUMINURIES CHRONIQUES, par le docteur BEUGNIES-CORBEAU. Brochure in-8, Paris, Henry Rey, 1885.

Utilisant les recherches nouvelles de MM. Esbach, Maurel, Halbertsma (d'Utrecht) et Semmola (de Naples), sur les albuminuries et les peptonuries, M. le docteur Beugnies-Corbeau a cherché à en déduire un traitement rationnel des albuminuries chroniques. Il conseille de suivre à la lettre la formule du docteur Jaccoud : diète lactée absolue de 4 à 6 semaines, douches et frictions sèches (à moins de complications rénales ou pulmonaires) sur tout le corps, sauf les reins; puis, en cas de persistance de l'albuminurie, inhalation d'oxygène et médicaments astringents. Sur les détails du régime alimentaire, M. Beugnies, trouvant que M. Jaccoud n'est pas suffisamment explicite, s'adresse à M. Senator, de Berlin, qui a dressé « en quelque sorte, par *doit et avoir*, une balance des espèces alimentaires par rapport à l'albuminurie. »

Le traitement pharmaceutique n'arrive, pour lui, qu'au second plan, lorsqu'il en use. Il fait un premier lot des *ingesta*, solides et liquides, qui entraînent une hausse dans le débit de l'albumine. Ensuite sont énumérées les espèces alimentaires indifférentes ou capables d'amener une baisse. M. Senator met à l'index les repas copieux, les œufs, les régimes trop exclusivement azotés, la suralimentation en viandes; le cognac et, en général, les liqueurs; sur la bière, il doute; le cidre est mauvais; les épices, les aliments fumés, les écarts de régime sont déclarés nuisibles par l'expérience; les influences extérieures, qui menacent l'intégrité des fonctions tégumentaires, comme les refroidissements, sont redoutables ainsi que les grands exercices musculaires, le séjour dans les régions froides et humides, et enfin les grandes secousses morales même agréables.

Quand on a lieu de soupçonner une étiologie nerveuse, comme cela se voit dans certaines albuminuries, et peut-être dans les glyco-albuminuries alternantes, M. Beugnies-Corbeau pense qu'il ne serait probablement pas inutile, tout en se maintenant dans les données du traitement classique, de réserver une place auxiliaire aux modificateurs du système nerveux. Enfin, l'auteur est porté à admettre l'heureuse influence des alcalins et d'une saison à Vichy chez les brightiques peu avancés.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

REVUE DES THÈSES

ÉTUDE SUR LE TESTICULE SÉNILE, par G. ARTHAUD, chef des travaux d'histologie et de vivisection au laboratoire de physiologie générale du Muséum. — Th. de Paris, 1885.

L'auteur rappelle d'abord les modifications que subissent le testicule et son canal excréteur dans son passage de l'état infantile à l'état adulte. Ces modifications portent: 1o sur le calibre des tubes qui se dilatent et s'épaississent chez l'adulte, se rétrécissent, tandis que leurs parois s'hypertrophient avec l'âge; 2o sur le tissu conjonctif qui augmente à mesure qu'on s'éloigne de la naissance; 3o sur l'élément épithélial lui-même qui, inactif dans l'enfance, atteint son summum d'activité dans l'âge adulte et subit un déclin corrélatif à l'évolution de l'individu.

Le testicule diminue de volume avec l'âge, beaucoup plus que l'épididyme; le poids diminue également, mais moins que le volume, ce qui semble indiquer une augmentation de densité; en même temps la consistance devient plus ferme.

Tandis que la surface du testicule reste lisse et uniforme, celle de l'épididyme est inégale, bosselée, et on trouve de petits kystes transparents. Chez le vieillard, l'absence de spermatozoïdes dans ces kystes est la règle; chez les sujets plus jeunes, on en rencontre quelquefois. Chez le vieillard, l'étude microscopique montre des modifications profondes de tout l'organe. Les conduits sont rétrécis, remplis de cellules épithéliales, la plupart chargées de granulations graisseuses; leurs parois sont épaissies, fibreuses, denses. Quelques tubes sont hypertrophiés; leur lumière est réduite à une fente linéaire à parois isolées et sans trace d'épithélium. Le tissu intra-tubulaire devient prépondérant; les artères sont atteintes d'endo-périartérite chronique.

Dans l'épididyme, on rencontre des lésions analogues: densification du conjonctif péri-tubulaire, endopériartérite; l'épithélium persiste. Or, ici, différence capitale avec ce qui se passe dans le testicule: les tubes, au lieu de se rétrécir et disparaître, se dilatent, deviennent variqueux et se transforment en kystes. (Cette étude — de l'origine de ces kystes — a été publiée dans les ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE, en collaboration avec M. Monod). Le microscope montre la dilatation anormale des conduits épididymaires, ainsi que l'origine nettement intra-épididymaire des kystes, car dans la paroi externe on a pu retrouver successivement la vaginale épaissie; puis une couche moyenne où on reconnaît la constitution de l'épididyme sclérosé, et enfin la paroi du kyste, qui n'est autre que la paroi du canal épaissi et fibreux. Ces productions sont « physiologiques: épisode de la sclérose sénile du testicule et de l'épididyme. »

Cette sclérose sénile est lente, graduelle, et l'atrophie totale ne survient que dans l'extrême vieillesse; systématisée, pour ainsi dire, cette sclérose, surtout péricanaliculaire, diffère de l'orchite interstitielle traumatique, qui est surtout diffuse.

Le testicule accomplit une fonction périodique. A l'époque de la suractivité fonctionnelle la plus grande, il y a dilatation des vaisseaux, à laquelle succède un affaissement de la glande, une constriction vasculaire dans la période de repos. Si cette dernière modification devient permanente — et l'état des vaisseaux explique bien chez le vieillard l'impossibilité d'une irrigation sanguine suffisante — le travail de rétraction « que les procédés de suractivité fonctionnelle enrayaient seuls » va se poursuivre, car la glande condamnée au repos par la perte d'élasticité de ses vaisseaux ne peut subir aucune période d'activité.

L'élément épithélial — génital surtout — qui exige une nutrition très active, est frappé le premier. La systématisation de la sclérose sur le tissu péricanaliculaire s'explique par la disposition des vaisseaux autour des tubes et la vascularisation plus grande en ce point.

La sécrétion du testicule — surtout en éléments figurés — s'arrête faute de nutrition; il ne peut y avoir accumulation de produits sécrétés. L'épididyme, au contraire, persiste à sécréter, car il exige une activité fonctionnelle moindre: d'où accumulation dans un conduit de l'épididyme du produit de sécrétion et dilatation kystique s'il y a obstruction totale du conduit.

Nous avons emprunté, pour ne pas nous écarter de la pensée de l'auteur, la plupart de ses termes; c'est donc plutôt un extrait de ce travail très intéressant, qu'une analyse à laquelle ne se prêtait guère le sujet.

O. M.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT TRÈS EFFICACE DES ATTAQUES D'HYSTÉRIE. — Si l'on parle beaucoup de l'hystérie depuis quelques années, on dit peu de chose de sa thérapeutique; voici, résumés en quelques lignes, les résultats assez heureux de ma pratique personnelle Comme médecin d'une manufacture employant un nombre très considérable de femmes, j'ai vu, en effet, beaucoup d'hystériques, et j'en suis arrivé à croire que l'on peut pour elles beaucoup plus qu'on ne le croit généralement.

Pour un certain nombre de malades, je commence d'abord par m'occuper de l'état général. Lorsque, à l'aide de l'huile de foie de morue, de la gentiane, du fer, du quinquina, de la bière, des

douches froides ou des bains de rivière, je suis parvenu à me préparer une bonne base d'expérimentation, j'administre, si les attaques d'hystérie apparaissent fréquemment, trois petites cuillers à café de sirop de Henry Mure, dans un quart de verre d'eau, au moment même du repas, à midi et le soir, pendant un mois. Les crises s'arrêtent, la malade est moins nerveuse, plus calme, mieux disposée, et elle travaille avec un entrain soutenu. Je profite de cette accalmie manifeste pour suspendre le médicament, prescrire de l'exercice, ordonner du lait en guise de tisane et ne pas négliger certaines recommandations appropriées à l'état, à la situation et même aux idiosyncrasies de chacune d'elles.

Au bout d'un mois, de six semaines et parfois de deux mois, quand même aucune attaque hystérique ne se serait produite dans l'intervalle, je reprends comme précédemment l'usage du sirop de Henry Mure, aux mêmes doses, pendant un mois (période menstruelle comprise), puis j'attends de nouveau un, deux ou trois mois, ne faisant que soutenir les forces générales, surveillant l'alimentation et conseillant, selon le cas ou la saison, soit de l'hydrothérapie, soit quelques bains sulfureux ou alcalins, soit de frictions sèches sur tout le corps matin et soir.

Je reviens à la charge de la même manière encore plusieurs fois, et, le plus généralement, les crises d'hystérie sont enrayées au bout d'un an ou de dix-huit mois. Sans doute, les malades restent exposées à des impatiences, à des irritabilités, à des pleurs non motivés, ou à des manifestations jalouses passagères, surtout à l'époque des règles, après une contrariété vive, ou sous l'influence de certaines particularités atmosphériques (neige ou orage), mais les attaques ne se montrent plus ou n'apparaissent que très rarement.

Le remède est d'ailleurs si bien à côté du mal que les femmes elles-mêmes, lorsqu'elles se sentent *énervées*, selon leur propre expression, se prescrivent et s'administrent le médicament pendant une huitaine de jours, jusqu'à ce qu'elles se sentent sûres d'elles.

Comment le sirop de Henry Mure, qui doit au traitement de l'épilepsie son immense succès en Europe et en Amérique, n'a-t-il pas été inscrit en tête des médications anti-hystériques ? Il réussit, je l'affirme, dans les neuf dixièmes des cas, mais à la condition d'être donné à une dose relativement faible et intermittente. Tandis que ce médicament si efficace n'a déterminé la guérison d'un grand nombre d'épileptiques qu'à l'aide de doses assez élevées et longtemps continuées, il ne conduit, au contraire, à des résultats précieux dans l'hystérie que moyennant un dosage modéré et un usage non continu. Voilà ce qui, je crois, n'a jamais été dit, et ce qui est cependant d'une importance pratique bien considérable.

L'association de différents bromures entre eux et la combinaison de certains agents thérapeutiques avec le bromure de potassium échouent constamment. Le bromure de potassium, d'autre part, est bien rarement livré pur. Ce qui justifie la vogue du sirop de Henry Mure, c'est que tous les médecins savent que ce médicament renferme un bromure exceptionnellement pur, que chaque cuillerée à café contient mathématiquement 50 centigrammes de sel et que cette préparation, appliquée au traitement des névroses convulsives, a déterminé partout les guérisons les plus durables. Le succès appelle le succès.

(*Gazette des hôpitaux.*) Dr MARC CHAUMONT.

NOTES & INFORMATIONS

LES RUSSES EN TRAITEMENT PRÉVENTIF CONTRE LA RAGE. — Un second et un troisième malades, parmi les Russes traités par la méthode de M. Pasteur, ont succombé à la rage, le premier trente-deux jours, le second trente-sept jours environ après la morsure du loup.

D'après les renseignements qui ont été publiés, on peut diviser les dix-neuf Russes venus de Smolensk pour réclamer les bénéfices de la nouvelle méthode en deux groupes, suivant la gravité des morsures qu'ils avaient subies. Le premier groupe, comprenant les blessures relativement légères, se compose de treize personnes dont le traitement est fini et qui sont reparties pour leur pays. Les six Russes qui forment le second groupe sont ceux que la gravité de leurs morsures, en tant que blessures, avait fait admettre d'urgence à l'Hôtel-Dieu. Si l'intensité de l'inoculation virulente, outre la source d'où elle provient (rage du loup), peut se mesurer à la multiplicité et à la gravité des morsures, il est certain que ces six malheureux ont été inoculés à la plus haute puissance. Il n'est donc pas surprenant que, pour trois d'entre eux, une méthode, encore au début de ses applications, ait été insuffisante. Les autres Russes de ce groupe restent en observation.

— OUVERTURE DU COURS D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le professeur Proust a pris, le samedi 27 mars, en présence d'un auditoire nombreux et sympathique, possession de la chaire d'hygiène, à laquelle l'appelaient depuis longtemps déjà ses travaux et ses missions sanitaires.

Après avoir rendu un hommage mérité aux services rendus à l'enseignement de l'hygiène par son prédécesseur, M. Bouchardat, M. Proust a revendiqué hautement la place considérable que doit prendre cet enseignement à l'époque actuelle. Grâce aux mémorables découvertes de M. Pasteur, on sait en effet rechercher les causes des maladies infectieuses et contagieuses. Grâce à l'hygiène bien comprise, on peut combattre ces causes et les faire disparaître.

Il suffit d'ailleurs, pour le prouver, ainsi que l'a fait M. Proust dans sa première leçon, de passer en revue les services considérables rendus par l'application des lois les plus élémentaires de l'hygiène. La loi Roussel a fait descendre la mortalité des enfants du premier âge de 30 0/0 à 5 % dans le Calvados, par exemple de 80 0/0 à 20 0/0 dans le département de la Seine. Aussi la durée moyenne de la vie qui, avant la Révolution, était de 30 ans à peine, est, à l'époque où nous vivons, de 40 ans au moins. C'est aux progrès de l'hygiène que l'on doit la suppression presque absolue de l'infection purulente, de l'érysipèle dans les salles de chirurgie, de l'infection puerpérale dans les services d'accouchement. Quand M. Tarnier prit possession de la Maternité, dont la construction seule réalisait un grand progrès, la mortalité des femmes en couches descendit successivement de 10 0/0 à 3 0/0 et à 1 0/0.

Il a suffi aux marins de savoir que le scorbut était dû à la privation des végétaux pour entraîner la disparition presque absolue de cette redoutable affection.

En ce qui concerne la peste, la fièvre jaune, le choléra, l'hygiène a rendu non moins de services.

Pendant une première période, qui finit au commencement de ce siècle, on prit de temps à autre des mesures d'une sévérité excessive contre certaines maladies que l'on considérait déjà comme contagieuses, telles que la lèpre ou la peste. On allait jusqu'à défendre de secourir les naufragés venant de pays infectés et éloigner à coups de fusil les pestiférés qui se permettaient de dépasser une certaine zone.

Au commencement de ce siècle, au contraire, existe une seconde période caractérisée par une indifférence, une inac-

tion absolne vis-à-vis des maladies importées. C'est en Angleterre que naquit ensuite le grand mouvement en faveur de l'hygiène. La France suivit le mouvement en organisant le Congrès médical de 1845, celui de 1852, et en 1848 Royer Collard institna les Conseils d'hygiène.

Mais c'est surtout à partir de la conférence de Constantinople, en 1866, que M. Fauvel a assigné à l'hygiène internationale l'importance qui lui convient. Il a été le premier à créer des postes sanitaires et des lazarets.

Aussi la peste, qui à elle seule a décimé en Europe pendant trois années 25 millions d'habitants est, depuis la grande épidémie de Marseille en 1720, venue neuf fois dans cette ville. Chaque fois, elle a été éteinte dans le lazaret. La fièvre jaune, importée pour la première fois au cours du XVIII° siècle, s'est toujours éteinte sur place, comme au lazaret de Saint-Nazaire en 1880. Quant au choléra, importé quatre fois en Europe, deux fois par terre, deux fois par mer, nous devons toujours son apparition à la violation des lois de l'hygiène internationale.

A cette troisième période, déjà si fertile en résultats, succède en ce moment une quatrième dans laquelle on cherche, non plus seulement à isoler les individus et les objets contaminés, mais aussi à les désinfecter. On se base en ceci sur la science des germes, dans laquelle M. Pasteur a tout fait. On peut ainsi espérer arriver à ce que, grâce à l'hygiène, la médecine puisse, ainsi que le désirait Descartes, prolonger la durée de la vie humaine.

Tels sont les grands traits de cette première leçon, qui nous montre que M. Proust se fait de son enseignement une lourde tâche que mieux que tout autre il est capable de mener à bonne fin. Il se propose cette année, après quelques leçons consacrées à l'étude du choléra, d'étudier l'hygiène et l'assainissement des grandes villes. Puisse-t-il contribuer à l'assainissement de Marseille, de Toulon, voire même de Paris.

A. FLORAND.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Lundi dernier, une assistance nombreuse et profondément sympathique remplissait l'église Saint-Louis-d'Antin et rendait les derniers devoirs au docteur Henry Bouchut, fils du savant médecin honoraire de l'hôpital des Enfants-Malades. Notre jeune confrère n'avait que 24 ans. Les sciences accessoires de la médecine avaient fait plus particulièrement l'objet de ses études, et il promettait de parcourir dans cette voie une carrière brillante. La mort est venue briser de si belles espérances et arracher Henry Bouchut à l'affection des siens. Que tous les témoignages de sympathie et de regrets qu'ils ont reçus et auxquels nous joignons ici les nôtres, soient pour eux un adoucissement à leur douleur!

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mounier, médecin principal de première classe en retraite, ancien professeur au Val-de-Grâce, qui vient de succomber à l'âge de soixante-quinze ans. Pendant le siège de Paris, M. Mounier, médecin en chef du Val-de-Grâce, avait sous ses ordres les ambulance annexes de cet hôpital militaire; nous avons eu avec lui, à cette époque, des relations dont nous avons gardé le meilleur souvenir. M. Mounier, sans rien perdre de l'autorité inhérente à la hiérarchie militaire, savait inspirer et retenir les sympathies de ceux que les besoins du service ou les circonstances en général mettaient en rapport avec lui.

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. le professeur Bouchardat.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par arrêté ministériel en date du 6 avril 1886, sont institués agrégés des Facultés de médecine (section de pathologie interne et médecine légale), MM. Ballet (Louis-Gilbert-Siméon), Boinet (Edouard-Louis-Désiré), Brissaud (Edouard), Brousse (Charles-Victor-Marie-Auguste), Chauffard (Marie-Emile-Anatole), Déjerine (Joseph-Jules), Dubreuilh (William-Auguste), Lannois (Maurice-René), Lemoine (Georges-Henri), Moussous (Charles-André), Parisot (Pierre Gabriel-Jules), Simon (Marie-Victor-Paul), Weill (Edmond).

La durée du temps d'exercice des agrégés dénommés ci-dessus est fixée du 1er novembre 1887 au 31 octobre 1895.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Pinet (Camille), préparateur du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris, est nommé chef dudit laboratoire, en remplacement de M. Bochefontaine, décédé.

M. Bonnet (Philippe-Nicole), docteur en médecine, est nommé préparateur du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Pinet, appelé à d'autres fonctions.

— *Concours de l'agrégation de chirurgie et accouchements.* — Les épreuves préparatoires se sont terminées vendredi soir, et les vingt candidats dont les noms suivent ont été admis à subir les épreuves définitives :

1° *Chirurgie* : MM. Augagneur, Barette, Brun, Denucé, Étienne, Forgue, Gangolphe, Jalaguier, de Lapersonne, Nélaton, Picqué, Pousson, Schwartz, Truc et Vautrin.

2° *Accouchements* : MM. Auvard, Bar, Gerbaud, Maygrier et Rémy.

La première épreuve définitive (leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation) a commencé lundi soir.

Les sujets de thèses ont été tirés au sort ainsi qu'il suit par les vingt candidats ci-dessous désignés :

1° M. Schwartz : Tumeurs du larynx; 2° M. de Lapersonne : Des arthrites infectieuses, non tuberculeuses; 3° M. Picqué : Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil; 4° M. Etienne : Des tumeurs de la paroi abdominale, les hernies exceptées; 5° M. Barette : Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical; 6° M. Jalaguier : De l'arthrotomie; 7° M. Augagneur : Tumeurs du mésentère; 8° M. Pousson : De l'ostéoclasie; 9° M. Gangolphe : Kystes hydatiques des os; 10° M. Brun : Des accidents imputables à l'emploi des antiseptiques; 11° M. Nélaton : Rapport des traumatismes avec les affections du cœur; 12° M. Forgue : Des septicémies gangréneuses; 13° M. Denucé : Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire; 14° M. Truc : Traitement chirurgical de la péritonite; 15° M. Vautrin : Traitement chirurgical des myomes utérins; 16° M. Auvard : De la conduite à tenir dans le cas de placenta prœvia; 17° M. Rémy : De la grossesse compliquée de kyste ovarique; 18° M. Bar : Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement; 19° M. Maygrier : Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine; 20° M. Gerbaud : De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Vincent, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, d'un cours complémentaire d'accouchements à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — Un concours pour deux places de chef de clinique médicale sera ouvert, à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, le lundi 28 juin 1886, à dix heures du matin.

— Un concours pour un emploi de chef de clinique obstétricale sera ouvert, à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, le lundi 5 juillet 1886, à dix heures du matin.

∴

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — Des concours s'ouvriront à cette école, savoir :

1° Le 3 novembre 1886, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques;

2° Le 8 novembre 1886, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques.

Des concours pour des emplois de suppléants à la même école s'ouvriront, savoir :

1° Le 3 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales;

2° Le 15 novembre 1886, devant la même Faculté, pour l'emploi de suppléants des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, et de clinique obstétricale;

3° Le 15 mars 1887, devant la même Faculté, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie;

4° Le 15 mars 1887, devant l'école supérieure de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.

— Un concours spécial pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central d'admission s'ouvrira le lundi 24 mai 1886, à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudraient concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de midi à trois heures, et y déposer leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 19 avril 1886 et sera clos définitivement le mercredi 5 mai, à trois heures.

— Le concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 9 août 1886, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris, le 6 septembre; — à Nancy, le 13 septembre; — à Lyon, le 16 septembre; — à Montpellier, le 20 septembre; — à Bordeaux, le 23 septembre.

***

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE BIARRITZ : 1er octobre 1886. — M. le ministre du commerce et de l'industrie, par une lettre en date du 27 février, a informé le président du Congrès de Biarritz que :

1° Il reconnaît l'utilité qui s'attache à cette réunion, au point de vue des intérêts français, et que, pour lui donner un bon témoignage du très légitime intérêt qu'il lui porte, il confirme l'acceptation de la présidence d'honneur faite par son prédécesseur;

2° Qu'il allouera au Congrès une subvention aussi élevée que le permettra la situation des crédits inscrits au budget de son ministère;

3° Qu'il vient de demander à M. le président du conseil d'inviter les gouvernements étrangers à désigner des délégués chargés de les représenter au Congrès de Biarritz.

Des comités, composés des climatologistes et des hydrologues les plus éminents de chaque pays, ont été organisés et fonctionnent régulièrement en Autriche, Italie, Angleterre, Espagne, aux Etats-Unis d'Amérique, en Russie, etc.

De nombreux comités locaux sont également installés depuis longtemps dans toute la région. L'importante situation des membres qui les composent et leur activité contribueront au succès de cette œuvre patriotique.

Répondant aux très nombreuses demandes de renseignements qui lui parviennent tous les jours, le comité rappelle que pour faire partie du congrès, il suffit d'adresser une adhésion accompagnée d'un mandat sur la poste de 12 fr. à M. le vicomte de Chasteignier, trésorier général du Congrès de Biarritz.

Les Compagnies de chemins de fer français et des chemins de fer du Nord de l'Espagne, exigeant que la liste des adhérents au Congrès, auxquels la réduction de 50 0/0 sera accordée, leur soit soumise le 1er septembre au plus tard, les adhésions parvenues ultérieurement pourraient jouir du même avantage.

***

— Par décret en date du 20 mars 1886, M. Reussel, médecin de première classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

— Par décret en date du 17 mars 1886, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. Romanet, Canquil, Guimbol et Dérobert.

***

Un concours public pour une place de médecin des hospices civils de Saint-Etienne (Loire) s'ouvrira le lundi 7 juin 1886, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les candidats devront se faire inscrire quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de l'Administration des hospices civils de St-Etienne, rue Valbenoîte, 49.

Le médecin qui sera nommé à la suite dudit concours entrera en fonctions le 1er juillet 1886. Son traitement sera de 1,500 fr. par an. La durée des fonctions est fixée à vingt ans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

293. M. Skinner. Sur une nouvelle méthode balnéothérapique réfrigérante spécialement employée dans le traitement de la fièvre typhoïde. — 294. M. Adriet. Contribution à l'étude du grattage de l'utérus. — 295. M. Gérard. Essai sur la pathologie des ulcères variqueux. — 296. M. Perrin de la Touche. Des ecchymoses cutanées; étude médico-légale. — 297. M. Rioblane. Du pronostic des néphrytes aiguës. — 298. M. Rouffignac. Sur une épidémie de caserne (*Nouvelle-France*, juin 1885). Fièvres à manifestations bilieuses. Fièvre typhoïde. — 299. M. Saquez. De la chorée consécutive aux maladies infectieuses. — 300. M. Pettier. Sur l'éléphantiasis des Arabes. — 301. M. Barthe. Des gangrènes morbilleuses et principalement de la gangrène pulmonaire comme terminaison des broncho-pulmonies rabéoliques. — 302. M. Courcenet. Contribution à l'étude des complications osseuses de la fièvre typhoïde. — 303. M. Chaput. Des factures anciennes de la rotule. Anatomie et physiologie pathologique Pronostic et traitement. — 304. M. Laguerre. Recherches sur le développement embrionnaire de l'épithélium dans les voies aériennes. — 305. M. Petitjean. Contribution à l'étude de l'érysipèle. — 306. M Doublet. Du mathé. — 307. M. Marguerite. Etude sur les troubles senilis dans la tuberculose aiguë. — 308. M. Bellremieux. Etude sur l'extraction de la cataracte. — 309. M. Darbouet. De l'adénopathie rétro-pharyngienne d'origine syphilitique. — 310. M Mordagne. Relation de deux épidémies de choléra observées, en 1885, à La Cassaigne et à Constanly (Aude). — 311. M. Moreau. Des diverses modalités cliniques de la grippe. — 312. M. Fernagut. Essai sur l'action de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde. — 313. M. Fargin. Ténorrhaphie et greffe tendineuse. — 314. M. Cabral. Essai de topographie médicale et statistique de Buenos-Ayres. — 315. M Meunier. Contribution à l'étude des paraplégies par troubles de circulation de la moelle. — 316. M. Sébillon. Gastrite phlegmoneuse. — 317. M. Buhot. Contribution à l'étude de la cœlotomie des cancers du rectum. Nouveau procédé opératoire de M. le professeur Verneuil. — 318. M. Naudin. Essai sur la tarsotomie. — 318. M. Mitry. Essai sur le ptosis congénital. — 320. M. Marevery. De la mort subite. Statistique de la Morgue, de 1871 à 1884.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 28 mars au samedi 3 avril 1886 : Fièvre typhoïde 8. — Variole 4 — Rougeole 24. — Scarlatine 7. — Coqueluche 12. — Diphthérie, croup 30 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 50. — Phthisie pulmonaire 237. — Autres tuberculoses 42. — Autres affections générales 67. — Malformation et débilité des âges extrêmes 55. — Bronchite aiguë 47. — Pneumonie 165. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 34. — au sein et mixte 23. — Inconnu 6 — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 98. — de l'appareil circulatoire 64. — de l'appareil respiratoire 95. — de l'appareil digestif 42 — de l'appareil génito-urinaire 16. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 39. — Causes non classées 30. — Total de la semaine : 1218 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS.

Maladies des organes génitaux de la femme, par le professeur Carl Schroeder, de Berlin, ouvrage traduit de l'allemand sur la sixième édition, par le docteur G. Lauwers (de Courtray) et E. Hertagbe (d'Anvers), précédé d'une préface par le professeur G. Hubert. — Bruxelles, 1886. — Prix : 15 fr. — A. Manceaux, libraire éditeur.

Aide-mémoire du médecin de la marine, par le docteur Barnier, médecin de 1re classe de la marine. Brochure in-8 de 70 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Dictionnaire des sciences anthropologiques. Anatomie, crâniologie, archéologie préhistorique, ethnographie (mœurs, lois, arts, industrie), démographie, langues, religions. Publié sous la direction de MM. A. Bertillon, Coudreau, A. Hovelacque, Issaurat, André Lefèvre, Ch. Letourneau, de Mortillet, Thulié et E. Véron. Ire partie (A-H), livraisons 1 à 12. Un beau volume petit in-4, de 560 pages, imprimé à 2 colonnes, avec de nombreuses figures dans le texte. — Prix : 15 fr. — L'ouvrage sera complet en 24 livraisons. Les livraisons 13, 14, 15 et 16, commençant la IIe partie, sont parues (août 1885). — Prix de chaque livraison : 1 fr. 25. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La pratique des accouchements, chez les peuples primitifs. — Etude ethnographique et d'obstétrique, par le docteur G.-J. Engelmann, de Saint-Louis (Missouri). Edition française, remaniée et augmentée par le docteur Paul Rodet, médecin de la préfecture de police, inspecteur des Ecoles de la Ville de Paris, avec une préface par le docteur A. Charpentier, professeur agrégé de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine. — Paris, 1886. Un vol. in-8 de 388 pages avec 83 figures. — Prix : 7 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Jardin botanique de la Faculté de médecine de Paris, par H. Baillon, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine. Guide des élèves en médecine et des personnes qui étudient la botanique élémentaire et les familles naturelles des plantes. Contenant un résumé de leurs affinités et de leurs propriétés. Un vol. in-18, cartonné diamant, avec un plan du jardin collé sur toile. — Prix : 5 fr. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DEUX CAS D'EXTIRPATION DU LARYNX, par M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

L'extirpation du larynx est de date récente. Comme tant d'autres opérations dont le succès est aujourd'hui assuré, elle est combattue par beaucoup de chirurgiens, en particulier par ceux qui n'y ont jamais eu recours.

Pratiquée pour la première fois, il y a plusieurs années, à l'étranger, elle l'a été depuis peu de temps, en France, par notre collègue L. Labbé qui, l'année dernière, en a publié un bel exemple. Cette tentative nous a encouragé à opérer dernièrement deux malades qui étaient affectés d'epithelioma du larynx, et qui étaient près de succomber.

L'un d'eux, âgé de 35 ans, est actuellement plein de santé. L'autre, âgé de 65 ans, a vu la plaie se cicatriser, et l'opération aurait été également suivie de succès, sans la complication d'une pneumonie qui n'aurait pas eu lieu si nous avions eu plus d'expérience de ces sortes d'opérations.

Voici les observations de ces deux malades :

OBSERVATION I. — *Epithélioma du larynx. — Trachéotomie. — 14 jours plus tard, ablation du larynx.*

B... (Louis), 35 ans, restaurateur, entre le 3 février 1886 au n° 16 de la salle Nélaton. Il est opéré le 13 février.

Rien dans l'hérédité. Quant à lui, il n'est ni alcoolique, ni syphilitique.

Il y a quinze mois, sans cause connue, il a été pris d'enrouement d'abord, de dyspnée ensuite; ces phénomènes se sont accentués graduellement et, depuis un an, ils sont devenus menaçants. Aujourd'hui il existe de l'aphonie, du cornage et des crises de suffocation; les crachats sont mélangés de sang. A l'examen laryngoscopique, le docteur Poyet, dont on connaît l'habileté, constate que l'épiglotte est normale, que la moitié droite du larynx est d'un rouge sombre, que les cartilages aryténoïdes sont tuméfiés, que la corde vocale inférieure est recouverte de végétations suspectes.

Le malade a beaucoup maigri; cependant il n'a pas de ganglions cervicaux ni de désordres du côté des principaux viscères.

13 février 1886 : nous pratiquons la trachéotomie, suivant les règles que nous avons établies dans le tome II de nos CLINIQUES.

Le 27 février, nous remplaçons la canule ordinaire par celle à tampon, de Tredelembourg, pour empêcher l'introduction du sang dans les voies aériennes, et nous endormons le malade en versant du chloroforme sur une compresse que nous plaçons au devant

FEUILLETON

PARIS DEVANT LES HYGIÉNISTES

On formerait aisément une bibliothèque de tous les travaux qui ont pris Paris pour objet d'étude. Et cette bibliothèque serait très considérable. En ne partant même que du seizième siècle, depuis Gilles Corrozet, qui publiait, en 1532, *La fleur des antiquitez de la noble et triumphante ville et cité de Paris*, combien d'esprits ont été séduits par cette attractive réunion d'hommes, et l'ont étudiée dans tous les sens et à tous les points de vue. En nous rapprochant du temps où nous vivons, nous trouvons, au siècle dernier, à la suite de Félibien et Lobineau (1725), et de l'abbé Lebœuf, d'abord Sébastien Mercier qui, après avoir tracé le tableau du Paris de l'ancien régime, reprit, quelques années plus tard, sa plume pour décrire le Paris révolutionnaire; puis Dulaure, dont l'ouvrage est resté pour ainsi dire classique. Je ne veux pas parler des romanciers, pas plus de Rétif de la Bretonne que d'Eugène Sue, ni de l'innombrable légion des contemporains qui cependant fourmillent en renseignements d'un puissant intérêt. De nos jours, les historiens de Paris pullulent : voici les livres d'Edouard Fournier, de Lefeuve, de Victor Fournel, l'ouvrage de Gabourd, celui de Gourdon de Genouillac; puis les œuvres collectives : *Paris dans sa splendeur*, *Paris-Guide*, *Paris à travers les âges*, etc., enfin le travail de M. Maxime Ducamp qui, dans ses belles études, a considéré Paris comme un organisme vivant (1). En fils de médecin qu'il est, Maxime Ducamp a fait d'abord la description de Paris à l'état physiologique, avant de l'étudier dans ses périodes morbides, dans ses crises, dans ses *convulsions*.

Eh bien ! tout n'avait pas été dit, tant s'en faut, sur cette fourmilière humaine, car pour ne parler qu'au point de vue médical et hygiénique, nous pourrions enregistrer bien des publications de divers genres, parues ces dernières années. Ici, ce sont les logements insalubres qui ont fourni à M. O. du Mesnil le sujet d'une étude des plus intéressantes et souvent des plus émouvantes (2); là, ce sont les hôpitaux qui ont inspiré à de jeunes

(1) *Paris, ses organes, ses fonctions, sa vie.*
(2) Un vol. in-4° de 240 pages. Paris, 1884.

de cette canule. Nous pratiquons ensuite avec le histouri, sur la ligne médiane, une incision verticale étendue du milien de l'espace sus-hyoïdien à 1 centimètre de la plaie trachéale. Cette incision met à nu les cartilages du larynx; nous sectionnons ensuite le cartilage thyroïde sur la ligne médiane, puis, au moyen de la rugine, nous détachons le périchondre qui recouvre sa face externe.

Saisissant avec une pince à mors plats la moitié droite du cartilage thyroïde, nous disséquons le périchondre de sa face interne jusqu'à son bord postérieur. Après l'avoir libéré sur ses deux faces, il devient facile de l'enlever par un mouvement de torsion. Nous agissons de même pour l'autre moitié de ce cartilage. Pendant cette manœuvre, la membrane antérieure du larynx se trouve divisée : nous reconnaissons qu'elle est envahie au-dessus et au niveau des cordes vocales dans presque toute son étendue, surtout du côté droit. Nous constatons en outre que l'ulcération maligne occupe la portion de muqueuse qui recouvre la face interne du cartilage thyroïde et la surface laryngée des deux cartilages aryténoïdes. Pour faciliter l'ablation de ces tissus suspects, nous coupons le cartilage cricoïde en avant sur la ligne médiane, nous détachons le périchondre qui recouvre ses deux faces et nous l'enlevons à son tour, en le saisissant et en le tordant avec les pinces.

De la sorte, toute la cavité du larynx se présente à nu. Nous en profitons pour enlever largement toute la portion de la muqueuse et des tissus sous-jacents qui sont dégénérés. Nous enlevons ensuite les cartilages aryténoïdes qui sont également envahis par le néoplasme. L'épiglotte étant saine, nous la conservons. Quinze pinces hémostatiques laissées à demeure au cours de l'opération nous ont permis de la conduire à bonne fin sans être dérangé par le sang.

Nous fermons ensuite la plaie avec neuf points de suture de soie superficiels et profonds, à anses séparées, ce qui nous permet de retirer toutes les pinces. Ces points de suture sont passés de chaque côté, le plus près possible des portions de muqueuse qui ont été conservées et qui n'existent que sur la paroi postérieure du larynx. Il en résultera qu'après la cicatrisation l'espace occupé par le larynx sera réduit à un canal étroit.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Grâce au pansement fait avec l'iodoforme et le sublimé, la réunion a eu lieu par première intention et les fils de la suture ont pu être enlevés le sixième jour. Pendant ce temps, le malade fut aisément nourri avec une petite sonde œsophagienne en caoutchouc passée par les fosses nasales.

A partir du quinzième jour, cette sonde fut retirée et le malade put déglutir sans difficulte les boissons et les aliments solides. Actuellement, grâce aux soins de notre ami, le docteur Fauvel, il parle avec une canule spéciale et est en état de vaquer à ses travaux.

OBS. II. — *Epithélioma du larynx.— Trachéotomie.— 21 jours après, ablation totale du larynx, moins une portion du cricoïde.*

C... (Jules), âgé de 65 ans, vient nous trouver pour un épithélioma du larynx qui cause des crises de suffocation tellement menaçantes que nous sommes obligé de lui faire la trachéotomie d'urgence le 13 février 1886, suivant notre procédé. Cette opération est rendue tout particulièrement difficile par la briéveté et l'obésité du cou, ainsi que par l'aspiration du larynx, qui est situé en arrière du bord supérieur du sternum. Aussi ne craignons-nous pas de dire que, sans nos pinces hémostatiques et sans notre porte-canule, l'opération n'aurait pu être heureusement achevée. Rappelons, en passant, pour ceux qui ne le connaîtraient pas, que notre porte-canule a servi de guide à plusieurs chirurgiens, tels que Krishaber, pour la confection d'instruments semblables dont ils ont eu le tort de s'attribuer l'idée sans nous citer.

Le 6 mars, la plaie trachéale étant guérie, le malade éprouve encore du côté du larynx des douleurs et des hémoptysies qui le désespèrent et qui le portent à nous prier de faire l'extirpation de cet organe. L'état général était tellement déplorable et les rapports du larynx tellement fâcheux que nous hésitons à entreprendre cette opération, et nous ne cédons qu'à sa volonté bien arrêtée.

6 Mars. — Après avoir introduit dans la trachée une canule-tampon dont la longueur et la grosseur étaient insuffisantes en raison de la profondeur de la plaie trachéale, nous faisons sur la ligne médiane avec le bistouri une incision verticale allant du menton jusqu'à la canule. Cette incision nous permet de mettre à nu le cartilage thyroïde, de détacher le périchondre qui recouvre ses deux faces et d'extraire séparément ses deux moitiés, comme pour le malade précédent. Ce temps de l'opération est rendu difficile par la calcification du cartilage. Dès que celui-ci est enlevé, nous reconnaissons que la fibro-muqueuse qui forme la paroi antérieure du larynx est envahie par le cancer, au point d'avoir par place 1 centimètre d'épaisseur. Nous l'enlevons largement. Grâce à la perte de substance qui en résulte, nous voyons que la portion cricoïdienne du larynx est seule intacte : nous la respectons. Par contre, les parois postérieure et latérales du larynx sont tellement dégénérées que nous les enlevons complètement, y compris les cartilages aryténoïdes et la paroi antérieure de l'œsophage jusqu'au cricoïde. Nous enlevons ensuite la base de

---

médecins (1) le sujet de thèses curieuses; l'un, O. Guillin, sur l'hôpital de la Pitié; tel autre, Louis Boucher, sur la Salpêtrière; puis Charles Fournel, sur l'hôpital Beaujon et sur la biographie de son principal fondateur. — Ce dernier a de qui tenir, puisqu'il est le fils de Victor Fournel, l'un des écrivains qui ont écrit avec le plus de verve et d'érudition sur l'histoire et la vie de Paris (2). — Ici, ce sont les ingénieurs et les architectes, Belgrand, Trélat et Durand-Claye en tête, qui apportent leur contribution à l'hygiène de la *Ville-Lumière*, comme disait Victor Hugo. Puis encore viennent les médecins moralistes qui, comme le faisait hier encore M. le docteur Martineau, dans son livre sur *La prostitution clandestine* (3), dévoilent à nos yeux ébahis des turpitudes cachées, non seulement dans les bas-fonds de la société parisienne, mais aussi dans les arrière-boutiques des magasins de boulevards, au niveau du sol, à six pas des grandes artères qui sillonnent Paris. Rajeunissant, en quelque sorte, les études déjà vieillies de Parent-Duchâtelet et de Lecour, l'ouvrage de M. Martineau offrirait matière à bien des considérations attristantes. Je me contente de le signaler à l'attention de tous ceux, et ils sont nombreux, qu'intéresse, à divers points de vue, la prophylaxie des maladies vénériennes. C'est un tableau des plus réalistes, appuyé sur des documents recueillis aux sources (sources, hélas! des moins pures!) par un homme des plus compétents.

Il vaut mieux nous arrêter davantage sur un livre qui, dans un modeste format, embrasse l'ensemble des questions qui peuvent et doivent intéresser tout médecin, tout hygiéniste, tout statisticien, par rapport à Paris : je veux parler du livre récent de M. Léon Colin. Ce livre est intitulé : *Paris, sa topographie, son hygiène, ses maladies* (1), et le contenu de l'ouvrage répond bien à son titre. Géographie, orographie, géologie générale du bassin de

(1) Le professeur, actuel d'histoire de la médecine à la Faculté, M. Laboulbène, avait donné l'exemple à ses élèves, en publiant, ici même, ses recherches historiques sur l'hôpital de la Charité.

(2) On peut citer : *Ce qu'on voit dans les rues de Paris*; le *Tableau du vieux Paris*; *Paris nouveau et Paris futur*; la *Déportation des morts*; *Paris et ses ruines*, les *Rues du vieux Paris*.

(3) Un vol. in-12 de 216 pages. Paris. A. Delahaye et Lecrosnier, 1885.

(1) Un vol. in-18 cartonné, de 332 pages. Paris, G. Masson, 1885.

l'épiglotte qui est malade. Il en résulte une vaste plaie béante par laquelle le regard et le doigt plongent aisément dans le pharynx et l'œsophage.

Les suites de l'opération ont été moins satisfaisantes chez ce malade que chez le précédent. Cela tient à ce que le premier jour il a enlevé la sonde œsophagienne qui était mal assujettie, et qui, en mon absence, a été introduite dans la cavité laissée par le larynx. Il en est résulté qu'à plusieurs reprises le lait injecté par cette sonde à passé dans les bronches et que le lendemain, quand je suis arrivé, j'ai été obligé de désunir la plaie pour faire repasser la sonde dans l'œsophage.

La pénétration du lait dans les bronches a déterminé de ce côté des accidents inflammatoires qui n'ont pas empêché la plaie de se réunir par première intention, mais qui ont été le point de départ d'une broncho-pneumonie à laquelle le malade a succombé. Nul doute que cet accident ne fût pas arrivé, si nous en avions prévu la possibilité.

L'examen histologique des pièces recueillies chez ces deux malades a été fait par le professeur Cornil; il a démontré que chez le premier il s'agissait d'un epithelioma pavimenteux, chez le second d'un epithelioma lobulé.

Comme on le voit, malgré notre peu d'expérience de ces sortes d'opérations, nous sommes arrivés à les conduire à bonne fin. Chez le premier malade, nous avons pu recourir à l'anesthésie; chez le second, l'épuisement était trop considérable pour nous le permettre. Chez le premier, dont la trachée était petite, la canule à tampon fut suffisante pour tamponner la trachée; chez le second, elle l'obstruait incomplètement.

Cette particularité n'eut pas d'inconvénient au cours de l'opération, grâce à nos pinces hémostatiques; elle en eut quand il s'agit d'alimenter le malade. Quant à l'opération elle-même, nous la pratiquons par un procédé qui nous est personnel, le morcellement. Nous allons montrer en quoi il consiste.

Dans un premier temps, nous incisons sur la ligne médiane; du voisinage du menton jusqu'à la canule, les parties molles jusqu'au cartilage. Dans un second, nous coupons le cartilage thyroïde sur le milieu de sa face antérieure; nous détachons le périchondre sur ses deux faces avec une rugine, puis nous saisissons séparément chaque moitié de ce cartilage avec une forte pince à mors plats qui nous sert à le faire pivoter sur son bord postérieur et à l'arracher en un ou plusieurs fragments. Si cela est nécessaire, nous faisons de même pour le cricoïde. Dès que les cartilages sont enlevés, la membrane interne qui constitue la paroi antérieure du larynx et qui était confondue avec le périchondre interne des cartilages, se trouve mise à nu. Nous n'avons plus alors qu'à l'exciser sur tous les points où elle est malade. Ceci fait, au moyen de rétracteurs placés de chaque côté jusque dans l'intérieur du larynx, nous mettons à nu les parois latérales et postérieure de cet organe; nous découvrons toutes les parties malades et nous procédons à leur extirpation aussi largement qu'il convient. Ce temps de l'opération peut être exécuté sans crainte de blesser les vaisseaux et nerfs importants qui côtoient les faces du larynx, grâce aux précautions que nous avons prises de conserver le périchondre externe. L'extirpation terminée, nous profitons de la facilité avec laquelle on voit l'intérieur du pharynx et de l'œsophage pour y placer à demeure, par la voie nasale, une sonde œsophagienne en caoutchouc, puis, au lieu de laisser tous ces tissus béants et de remplacer par des ligatures les pinces hémostatiques, nous fermons complètement la plaie avec des fils de soie à anse séparée superficiels et profonds. Ces derniers doivent être conduits le plus près possible du périchondre externe pour bien faciliter le rapprochement des surfaces saignantes et pour bien assurer l'hémostase. Après l'opération, les pansements sont faits avec la gaze à l'iodoforme et au sublimé et le bandage ouaté.

Le sixième jour, ce bandage est renouvelé, en même temps que les points de suture sont enlevés. On constate alors que la réunion a lien par première intention. Vers le quinzième jour, le malade peut s'alimenter sans la sonde œsophagienne que l'on retire, et on remédie à la perte de la voix en remplaçant la canule trachéenne par une autre canule munie d'un larynx artificiel tel que celui que Mathieu a construit pour notre malade, sur les indications de Fauvel, à l'instar de Gussenbaner.

On a reproché à cette opération d'être dangereuse parce qu'elle expose aux hémorrhagies et aux pneumonies. Il suffira de suivre de près les règles que nous avons tracées pour mettre le malade à l'abri de toute perte de sang. Quant à la pneumonie, nous ne voyons pas en quoi, si on a soin d'éviter les causes immédiates qui peuvent la produire, et cela est facile, un malade privé de son larynx, et qui respire par une

---

Paris, étude du sol sur lequel la ville est bâtie, description des cours d'eau qui le sillonnent ou l'approvisionnent, aussi bien que des nappes d'eau souterraines; étude météorologique du territoire parisien, au point de vue de la température, des pluies et de la composition de l'air. Tout cela ne forme guère que le cinquième de l'ouvrage.

Voici le chapitre relatif aux rues de Paris: M. Léon Colin, après avoir signalé les améliorations modernes, s'occupe de la largeur des voies et de leur direction, de leur revêtement, de leur propreté, de leurs plantations, de leur éclairage. Puis il passe à l'examen des habitations qui bordent les rues, et que de questions intéressantes sont abordées dans ce chapitre, tant au point de vue des dimensions, de la salubrité, du chauffage que de la proportion et des variétés individuelles de ses habitants: logements insalubres, maisons ouvrières, logements garnis, habitation prématurée des constructions récentes, habitations collectives (lycées, écoles, casernes, théâtres, cafés, prisons). Viennent ensuite les détails de la vie individuelle, l'alimentation, ses ressources, les boissons et ses abus (alcooliques); puis, comme corollaire obligé des questions alimentaires, M. Colin s'occupe des immondices, longuement des égouts, des vidanges, de l'enlèvement des ordures ménagères.

Sous le titre: assainissement du linge et des objets de literie, un chapitre est consacré aux lavoirs, aux étuves à désinfection, aux dépôts de chiffons, etc.; puis vient un chapitre sur les bains. M. Léon Colin nous fait passer aussitôt après sous les yeux les établissements dangereux, insalubres ou incommodes.

Nous arrivons à l'hygiène de la mort, et à ce que M. Jules Arnould, croyons-nous, a appelé l'assainissement posthume. Les morts à Paris, dépôts mortuaires, cimetières, inhumation des embryons, la crémation, la morgue, telles sont les subdivisions de ce chapitre.

La partie démographique comprend d'abord le mouvement de la population parisienne dans son ensemble et dans chaque quartier, sa composition comme nationalité, comme âge et comme sexe, sa nuptialité, sa natalité, sa mortalité, etc. Le chapitre suivant, et le plus long à trop juste titre, s'occupe de la pathologie de Paris. M. Colin a eu en effet à étudier ici non seulement l'influence de l'agglomération et de l'attraction dans la proportion et la communication des maladies, mais il a recherché la différence d'intensité et de gravité suivant les quartiers, la durée des épidé-

canule, est plus exposé à encombrer qu'un autre malade qui ne peut vivre également sans une canule et qui conserve dans le larynx une affection maligne douloureuse, se propageant aux organes et aux lymphatiques voisins; et somme toute ne pardonnant pas. On nous objectera que les statistiques actuelles ne sont pas encore très favorables; nous répondrons à cela qu'il en a été de même au début des grandes opérations et que celle-ci, bien faite, deviendra bientôt inoffensive et constituera, par ce fait, une des conquêtes précieuses de la chirurgie moderne.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

D'une variété nouvelle de kystes du cou (kyste crico-thyroïdien), par Paul Blocq, interne des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 12 et 13.

IV

Un des caractères qui particularisent les kystes *crico-thyroïdiens*, c'est, outre leur siège et leurs rapports, un *processus évolutif* que nous avons noté deux fois.

Disons auparavant qu'il nous a paru s'agir dans tous les cas de kystes séreux simples, uniloculaires, sans adhérences superficielles. Il ne nous a pas été donné d'examiner la membrane kystique histologiquement, et quant au liquide retiré de la tumeur de la malade qui fait l'objet de notre observation III, c'était une sérosité claire et limpide un peu visqueuse, inodore, contenant de l'albumine décelée par la réaction nitrique et n'offrant au microscope aucune trace d'élément organisé.

Le siège de ces kystes, exactement déterminé sur la pièce que nous avons examinée, est le ligament crico-thyroïdien ou membrane crico-thyroïdienne, à laquelle leur paroi adhère intimement, ainsi que les signes cliniques et l'observation du larynx provenant de l'autopsie en font foi. Cette membrane triangulaire, à base inférieure, unit, comme on le sait, le bord inférieur du cartilage thyroïde au bord supérieur du cartilage cricoïde. Elle est épaisse et résistante, formée de tissu conjonctivo-élastique; enfin, elle est normalement percée de trous vasculaires.

Ces kystes sont donc médians, en rapport antérieurement avec l'aponévrose superficielle du cou, le tissu cellulaire et la peau, et postérieurement avec la membrane crico-thyroïdienne et les muscles crico-thyroïdiens.

Les trous vasculaires du ligament nous paraissent d'une importance notable au point de vue de l'évolution de nos kystes.

Rappelons en effet que, dans le cas d'une de nos malades (obs. III), c'est par l'un d'eux, comme il nous le fut démontré par l'autopsie, que se propagea de dehors en dedans au tissu sous-muqueux du larynx l'inflammation, développée artificiellement par la cautérisation dans un but curateur, sur la paroi du kyste, phlegmasie qui, ainsi dérivée, causa l'infiltration purulente sous-muqueuse à terminaison fatale.

De plus, on n'a pas oublié l'apparence spéciale de la paroi du kyste du malade de l'observation II. La tumeur avait suppuré spontanément en apparence, et à l'ouverture on constata un aspect couenneux de la surface; de plus, à la pression, on en faisait sourdre de la matière analogue, comme couleur et comme consistance, à du mastic. Or, nous croyons pouvoir attribuer à l'affection tuberculeuse dont était atteint le malade cette singulière évolution du néoplasme.

Il y a eu suppuration du kyste parce qu'il a été envahi par le processus tuberculeux; la marche insidieuse, lente, indolore de la phlegmasie, si semblable à celle des abcès froids, et surtout la présence de la matière caséeuse infiltrant la membrane kystique devenue pyogénique, en témoignent suffisamment.

Maintenant, il est facile de déduire du rapprochement de ces faits, en même temps que de la notion anatomique de l'existence des trous vasculaires de la membrane crico-thyroïdienne, plus haut mentionnée, qu'il y a eu dans ce dernier cas, comme dans le premier, communication par l'intermédiaire de ces pertuis entre le kyste et le larynx. Ici, les produits tuberculeux ont passé de dedans en dehors et causé la suppuration du kyste; là, l'agent inflammatoire a gagné de dehors en dedans et occasionné l'infiltration purulente du tissu sous-muqueux du larynx.

Ainsi s'expliquent logiquement les anomalies évolutives de ces néoplasmes.

---

mies, la solidarité des divers quartiers, le rôle de la banlieue; puis, en partant d'un autre point de vue, il a consacré des pages spéciales à l'étude des maladies pestilentielles, des maladies alimentaires et telluriques, de la scrofule et de la tuberculose, des affections nosocomiales (érysipèle, infection purulente, fièvre puerpérale) de la syphilis, des intoxications, de l'aliénation mentale, enfin des maladies d'origine animale.

Toutes ces causes de maladies et de mortalité ne semblent-elles pas appeler comme d'elles-mêmes un essai d'atténuation à leurs ravages? Et ne pense-t-on pas qu'une nouvelle extension donnée à la direction de l'hygiène publique est chose des plus urgentes pour Paris? En vain possède-t-on déjà un Conseil d'hygiène publique et de salubrité pour le département de la Seine, un laboratoire municipal des mieux compris et fonctionnant avec activité, une organisation communale pour la protection de l'enfance, un service de secours publics, d'hospitalité de nuit, de secours à domicile; en vain possède-t-on un service d'assistance publique unique au monde, des hôpitaux nombreux, vastes, et cependant insuffisants : il y a mieux à faire qu'à promettre la création d'ambulances urbaines; la voie des améliorations est loin d'être parcourue. Il y a encore bien des réformes à accomplir, bien des progrès à atteindre. Le livre de M. Colin, dont nous n'avons fait que laisser entrevoir l'importance en reproduisant, pour ainsi dire, la table des matières, contribuera, croyons-nous, à faciliter l'avènement des améliorations réclamées et désirables. Car ce volume, en même temps et par le seul fait qu'il montre bien ce qui a été réalisé déjà dans Paris, découvre aussi les *desiderata* qu'il faut chercher à satisfaire. Bourré de documents, chargé de chiffres, et malgré tout cela d'une lecture attachante, ce livre qui, à son point de départ, ne devait être qu'un article de dictionnaire, est aujourd'hui devenu le *vade mecum* de l'hygiéniste à Paris.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

Faculté de médecine de Nancy. — Une seule thèse a été soutenue à la Faculté pendant le deuxième trimestre scolaire 1885-1886, c'est celle de M. Knoepfler (Louis), de Metz, qui a pour titre : « Des ruptures bronchiques sans fractures de côtes et indépendantes de ces fractures dans le traumatisme du thorax. »

Ces exemples démonstratifs du rôle des pertuis vasculaires de la membrane crico-thyroïdienne donnent à la variété des kystes inter-crico-thyroïdiens un nouveau caractère, celui-ci anatomo-pathologique, qui s'ajoute à celui qu'ils tirent déjà de leurs seuls rapports anatomiques.

V

Au point de vue étiologique, la pauvreté des documents ne nous permet pas de mentionner de prédispositions d'âge, de constitution, de sexe, etc. Nous n'avons pas trouvé de lien héréditaire.

Ces kystes peuvent être congénitaux, c'est là une première notion; on sait, du reste, que dans cette région les kystes congénitaux ne sont pas rares, quoique, à la vérité, ils soient dans ce cas plutôt latéraux. Acquis, nous avons vu le néoplasme survenir chez un tuberculeux, de telle sorte qu'on serait tenté d'incriminer sa genèse à l'influence des efforts de toux, si l'on ne savait la rareté de cette manifestation comparativement à la fréquence considérable des phénomènes de la toux. Aussi bien ces raisons d'ordre mécanique doivent-elles être insuffisantes à le produire, quoiqu'on puisse supposer qu'un tel mode de traumatisme, d'une intensité modérée, mais d'un effet longtemps prolongé, joue un rôle adjuvant.

En somme, avouons qu'il ne nous est permis d'invoquer aucune cause paraissant efficiente, contusion, compression, efforts, etc., tout en faisant remarquer que rien de précis n'a, du reste, encore été affirmé quant aux raisons qui président au développement des tumeurs analogues des régions voisines.

Mais aux dépens de quels éléments anatomiques se forment ces kystes? Parlons pour mémoire de cette idée de Bœck qui fait dériver les kystes du cou de la glande thyroïde dont ils se différencieraient complètement en augmentant de volume, idée qu'on pourrait adapter peut-être plutôt aux tumeurs dont nous parlons par suite de leur proximité de la pyramide de Lalouette, mais qui nous semble peu admissible.

Il serait préférable de supposer l'existence, au-devant de la membrane crico-thyroïdienne, d'une synoviale accidentelle analogue, en somme, à celle qui, dans l'opinion de Boyer, Dupuytren et Velpeau, se trouverait souvent en avant de la membrane thyro-hyoïdienne. Mais nous avouons qu'il nous paraît plus rationnel d'admettre, sous l'influence des mouvements continus dont ce tissu est le siège, la formation d'une bourse séreuse dans l'élément cellulaire, s'accroissant sous une influence mal déterminée jusqu'à devenir kyste. Nous aurions le droit d'invoquer à l'appui de cette manière de voir l'opinion de M. le professeur Verneuil qui, ayant repris dans ces dernières années l'étude anatomique de ces cavités closes antécervicales, admet que le tissu cellulaire de cette région du corps peut, dans des circonstances accidentelles ou normales, se creuser de cavités sous-cutanées ou profondes qui deviennent le siège d'hydropisies (hydrocèle du cou).

(*A suivre.*)

REVUE CRITIQUE

LES PARALYSIES NUCLÉAIRES DES MUSCLES DE L'ŒIL.

On n'a guère étudié jusqu'ici les paralysies des muscles de l'œil qu'au point de vue de leur physiologie pathologique, et l'on s'est borné à décrire les troubles fonctionnels qui résultent de l'impuissance de tel ou tel nerf moteur de l'orbite, tels qu'ils pouvaient être prévus par l'anatomiste ou le physiologiste. Aussi, le docteur Blanc, ancien interne des hôpitaux, vient-il d'élargir singulièrement cette question apparemment si rebattue des paralysies oculaires, en les étudiant au point de vue clinique et en faisant voir nettement de quel secours l'analyse des paralysies oculo-motrices peut être dans le diagnostic topographique des affections encéphaliques. Le chapitre de ce remarquable travail inaugural (1), consacré aux paralysies nucléaires, est la première étude qui ait paru en langue française, sur ce point important de pathologie; c'est donc là un sujet à peu près inédit que nous allons essayer d'exposer succinctement.

On sait, depuis les travaux de Stilling, que les nerfs craniens ont leur origine réelle dans des noyaux gris, formés de grosses cellules motrices, qui sont étagés dans le bulbe et la protubérance sur le prolongement des cornes antérieures de la moelle. C'est dans ces noyaux gris, leur origine réelle, que les nerfs craniens puisent leur principe d'innervation, et la pathologie nous apprend que la destruction de ces noyaux entraîne la suppression fonctionnelle des nerfs qui y prennent naissance. Exemple: la paralysie labio-glosso-laryngée. De même, l'altération des noyaux des nerfs moteurs oculaires entraîne la paralysie des muscles de l'orbite. C'est à cette variété pathogénique qu'on donne le nom de *paralysie nucléaire.*

On connaît aujourd'hui assez bien, grâce surtout aux travaux de Charcot, les divers processus pathologiques qui peuvent affecter les cornes antérieures de la moelle et engendrer certaines amyotrophies, qui ont actuellement leur histoire clinique et anatomique. Le processus peut être insidieux, lent, progressif, chronique; il donne naissance alors à l'atrophie musculaire progressive. Lorsque, au contraire, l'altération des cornes antérieures se produit d'une manière rapide, on a affaire à la paralysie spinale aiguë ou subaiguë, ou encore à la paralysie infantile. Nous demandons pardon à nos lecteurs de leur énumérer toutes ces formes d'amyotrophie, mais il était nécessaire de les rappeler pour l'intelligence de ce qui va suivre.

On sait que toutes les variétés d'inflammation atrophique ou de dégénérescence pigmentaire, comme on voudra, des cornes antérieures de la moelle peuvent occuper dans le bulbe les noyaux moteurs des dernières paires craniennes, et entraîner des désordres du côté de l'hypoglosse, du vague et du spinal, désordres auxquels l'importance fonctionnelle des nerfs atteints imprime un cachet de gravité spéciale. Encore une fois, la paralysie labio-glosso-laryngée est le type du genre et correspond pour la plupart des pathologistes à l'atrophie musculaire progressive. Il n'y a, entre ces deux maladies, qu'une différence de localisation, et toutes deux correspondent à la même altération chronique des cornes antérieures de la moelle.

L'embryologie nous permet effectivement de rattacher à cette portion de la substance grise de l'axe cérébro-rachidien les cellules motrices contenues dans le bulbe et destinées à actionner les dernières paires craniennes. Il était naturel dès lors de supposer, en se basant sur cette communauté d'origine, que toutes ces masses grises pourraient servir de support aux mêmes processus pathologiques.

(1) *Le Nerf moteur oculaire commun et ses paralysies*, par le docteur Blanc, chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Mais le prolongement encéphalique des cornes antérieures de la moelle ne se termine pas au niveau du bulbe; il remonte, au contraire, sous le plancher du quatrième ventricule jusqu'à l'aqueduc de Sylvius et même au-delà, jusqu'au ventricule moyen, dont la substance grise représente l'aboutissant cérébral de l'axe gris médullaire. Chemin faisant, au niveau de la protubérance, les cellules motrices se groupent en îlots, qui représentent les origines réelles des premières paires crâniennes, dont toutes les branches motrices sont actionnées en réalité par des groupes cellulaires, qui dérivent des cornes antérieures de la moelle.

Dès lors, on peut concevoir, *à priori*, que les noyaux moteurs des nerfs de l'œil doivent pouvoir servir de support aux mêmes lésions, aiguës ou chroniques, qui engendrent plus bas les amyotrophies spinales et bulbaires, et il est même étonnant que, après avoir reconnu la liaison qui réunit cette partie de la pathologie de la moelle à celle du bulbe, les auteurs n'aient pas fait un pas de plus, ce dernier, pour reconnaître les amyotrophies protubérantielles et pour les rattacher, comme celles du bulbe, à des altérations des cornes antérieures. Les noyaux moteurs des muscles de l'œil ne devaient pas plus échapper que les noyaux de l'hypoglosse et du pneumogastrique à l'inflammation atrophique. C'est là un fait que l'analogie aurait dû faire prévoir et mettre en lumière, en attendant qu'il fût confirmé par l'observation clinique.

Aujourd'hui, on a des preuves cliniques et anatomiques en nombre suffisant pour admettre comme une réalité cette conception qui satisfait l'esprit, à savoir que les cornes antérieures de la moelle, depuis le troisième ventricule jusqu'au renflement lombaire, sont sujettes aux mêmes altérations pathologiques.

L'inflammation atrophique des noyaux moteurs correspondant aux 3°, 4° et 6° paires crâniennes se traduit par l'impotence fonctionnelle et l'atrophie des muscles moteurs du globe oculaire Cette *paralysie nucléaire* des muscles de l'œil peut être chronique, subaiguë ou aiguë.

La *paralysie nucléaire chronique* est la forme habituelle; elle correspond anatomiquement à la paralysie labio-glosso-laryngée ou à l'atrophie musculaire progressive et peut coexister avec ces maladies, comme le prouve la navrante histoire clinique de l'illustre littérateur Heine, qui mourut après avoir souffert pendant de longues années de paralysies oculaires, de phénomènes bulbaires et d'atrophie musculaire généralisée. Plusieurs fois d'ailleurs, le microscope a permis de constater la dégénérescence pigmentaire des noyaux moteurs des muscles de l'œil; Gowers, Buzzard, Wernicke, en ont rapporté des exemples pour le détail desquels nous renvoyons à la thèse de Blanc. Benedikt a trouvé à deux reprises les noyaux protubérantiels dégénérés comme les noyaux bulbaires à la suite de la paralysie labio-glosso-laryngée. Cela prouve que, malgré la fameuse barrière du pneumogastrique, on peut observer des paralysies oculaires dans le cours de la maladie de Duchenne. Hallopeau en rapporte un exemple, dû à Hérard, dans sa thèse d'agrégation de 1875 sur les paralysies bulbaires. Inversement, le syndrome bulbaire est une terminaison fréquente de la paralysie nucléaire des muscles de l'œil ou ophthalmoplégie progressive.

Quels sont donc les symptômes de cette ophtalmoplégie progressive, et comment distingue-t-on cette entité morbide des paralysies oculaires vulgaires, d'origine banale ou périphérique?

Voici, en général, comment les choses se passent. Sans cause connue (car l'étiologie est obscure comme celle des amyotrophies en général), un muscle de l'orbite, puis un autre, s'affaiblit et peu à peu leur paralysie s'affirme. L'affection débute généralement par la troisième paire, et, fait important, est bilatérale d'emblée ou ne tarde jamais, en tout cas, à s'étendre aux deux yeux. L'invasion est lente, avons-nous dit, insidieuse, et rappelle ce qui se voit dans la paralysie labio-glosso-laryngée. Les muscles innervés par la troisième paire ne sont pas simultanément frappés; ce n'est que peu à peu, l'un après l'autre, qu'ils perdent leur fonctionnement. Bien souvent, la paralysie a envahi le moteur oculaire externe ou le grand oblique avant que les muscles animés par la troisième paire soient totalement anéantis. On a remarqué que, dans sa marche envahissante, l'impuissance frappe d'abord des muscles qui sont antagonistes, le droit externe et le droit interne de chaque œil, par exemple, avant de s'étendre à d'autres moteurs oculaires. Cette suppression simultanée du fonctionnement des antagonistes explique la rareté de la diplopie et l'absence habituelle de strabisme, qui est un des caractères de la maladie. De plus, pour la troisième paire en particulier, qui commande à plusieurs muscles de l'œil, on peut voir la paralysie demeurer longtemps limitée à l'un de ceux-ci et ne s'étendre aux autres branches que bien après la paralysie de la quatrième ou de la sixième paire. Cette ophthalmoplégie progresse graduellement sans maux de tête, sans troubles intellectuels, sans s'accompagner, en un mot, d'aucun trouble dans la santé générale. Toute la maladie se borne à une suppression lente de la motilité des deux yeux.

Cette allure particulière de l'ophthalmoplégie progressive et l'absence de tout phénomène symptomatique de compression cérébrale ou de troubles circulatoires encéphaliques sont déjà suffisamment caractéristiques de l'affection et ne permettent pas de la confondre avec les paralysies vulgaires, notamment celles qui sont liées à la syphilis cérébrale, pour lesquelles la céphalalgie et les phénomènes de compression sont presque constants. Mais il existe, dans la paralysie oculo-motrice elle-même, un signe qui, à lui seul, est presque pathognomonique de l'ophthalmoplégie nucléaire chronique. Ce symptôme, d'une valeur capitale, consiste dans *la persistance des mouvements de l'iris et de l'accommodation*, qui survivent à la suppression fonctionnelle de tous les autres muscles animés par le moteur oculaire commun. C'est là un fait qui est établi par de nombreuses observations, dues à de Graefe, Lichsteim, Mauthner, Foerster, Hutchinson, Blanc, et consignées dans la thèse de ce dernier auteur. Cette dissociation paralytique, dont on ne connaissait pas la valeur séméiologique, mais qui avait été observée depuis longtemps, était rapportée jusqu'à ces dernières années, à l'anastomose de Pourfour du Petit, permettant à la 6° paire de suppléer la 3°, pour l'innervation des muscles intra-oculaire (muscle ciliaire et sphincter irien). En réalité, il est fort rare que la 6° paire fournisse une racine motrice au ganglion ophthalmique et on a singulièrement abusé de cette anomalie exceptionnelle, pour expliquer toutes les paralysies de la 3° paire, étendues à la totalité des muscles externes du globe de l'œil, avec intégrité de l'innervation irienne et accomodative. Aujourd'hui, on se rend parfaitement compte de cette distribution des phénomènes paralytiques, en se reportant aux recherches de Heusen et Voelker, qui ont démontré que les origines centrales des diverses branches de

l'oculo-moteur étaient distinctes les unes des autres, et que les centres destinés à régir la pupille et l'accomodation occupent le sommet du 3e ventricule, tandis que les noyaux préposés à l'innervation des muscles extrinsèques reposent sous la paroi inférieure de l'aqueduc de Sylvius.

La persistance des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation a donc une grande importance dans le diagnostic de l'ophthalmoplégie nucléaire progressive. A ce signe, il faut en joindre un second, dont la valeur séméiologique est assez considérable, à savoir : la faible atteinte du releveur. En général, au milieu de la paralysie complète des autres muscles innervés par la 3e paire, on est frappé de ce fait, que *le ptosis demeure modéré*, et que, phénomène important, la chute de la paupière peut être combattue par un effort de la volonté, qui parvient à imprimer une contraction au releveur. Blanc suppose que le releveur palpébral puise son innervation à une double source : au noyau protubérantiel qui préside à la tonicité réflexe, anéantie dans l'ophthalmoplégie nucléaire; — au centre cortical préposé aux mouvements volontaires et expressifs des paupières supérieures; centre cortical dont les relations avec le nerf ne sont point coupées dans l'affection qui nous occupe.

« *En résumé : suppression lente et graduelle de la motilité* « *des deux yeux, avec ptosis modéré, qui peut être vaincu par* « *un effort de la volonté, avec intégrité des mouvements pupil-* « *laires et accommodateurs, tels sont, si on y ajoute l'absence* « *de réaction cérébrale, les symptômes essentiels de l'ophthal-* « *moplégie progressive.* » (Blanc, *loc. cit.*)

Il faut, en moyenne, trois ou quatre ans pour que tous les noyaux moteurs oculaires soient totalement détruits. Les globes oculaires demeurent dès lors immobilisés dans l'orbite. Souvent alors, la maladie s'arrête après avoir détruit la fonction, c'est-à-dire la motilité oculaire ; les sujets demeurent infirmes, mais continuent d'ailleurs à vivre en parfaite santé pendant de longues années. Cependant, il n'est point rare de voir l'altération cellulaire s'étendre du côté du bulbe, envahir les noyaux du spinal, du pneumo-gastrique et déterminer la mort du malade à la suite de complications bulbaires. On a des exemples assez nombreux de ce mode de terminaison. Assez souvent aussi, le processus se propage en avant vers le ventricule moyen et finit par atteindre les centres préposés à l'iris et à l'accommodation. La paralysie de la pupille et du muscle ciliaire vient s'ajouter alors à celle des muscles extrinsèques et ainsi peut disparaître ce symptôme sur la valeur séméiologique duquel nous avons insisté, à savoir la persistance des mouvements pupillaires au milieu des phénomènes paralytiques. C'est là une véritable complication, et, en général, les phénomènes pupillaires s'accompagnent alors de certaines particularités qui éveillent l'attention et mettent sur la voie du diagnostic. Nous citerons : la mydriase maxima, dilatation énorme des pupilles comparable à celle qui succède à l'instillation d'un collyre à l'atropine et qui diffère notablement de la mydriase moyenne,compagne de la paralysie oculomotrice vulgaire ; — le rétrécissement pupillaire, un myosis anomal ; — la persistance du réflexe accommodateur avec perte du réflexe luminaire ou inversement, etc. Le docteur Blanc donne à entendre que pour lui la plupart des paralysies oculaires qui surviennent chez les tabétiques ont leur origine dans les noyaux moteurs, sont, en un mot, des paralysies nucléaires.

Les développements que nous avons consacrés à l'ophthalmoplégie nucléaire chronique nous permettent de passer rapidement sur les formes aiguë ou subaiguë de la maladie. La *forme subaiguë* évolue en quelques mois, au cours desquels on observe l'envahissement paralytique des divers muscles du globe oculaire. Le sphincter pupillaire et l'accommodation demeurent indemnes. Il n'y a pas de céphalalgie ni de convulsions. L'intelligence demeure intacte. Un seul phénomène important à noter : c'est la somnolence, la torpeur étrange qui s'empare des malades chez qui, répétons-le, l'intelligence demeure lucide et qui ne présentent aucun accident comateux. Wernicke a noté cet espèce d'engourdissement chez deux de ces malades, et la somnolence est également le phénomène saillant chez le malade dont Gayet (1) a rapporté l'histoire anatomique et clinique, à une époque où il n'était pas encore possible de relier les symptômes observés pendant la vie aux résultats de l'autopsie. En résumé, l'apathie extrême des malades, leur somnolence continuelle, rappellent, suivant la remarque du docteur Blanc, cette singulière affection particulière à l'Afrique tropicale et connue sous le nom de *maladie du sommeil*, au cours de laquelle on peut observer, dit-il, des paralysies oculaires. Or, comme dans les autopsies d'ophthalmoplégie subaiguë que nous connaissons, les parois du troisième ventricule étaient envahies par le processus inflammatoire, il y aurait peut-être lieu de poser des jalons pour une nouvelle localisation cérébrale relative à la fonction du sommeil et d'établir un lien entre l'ophthalmoplégie subaiguë, avec envahissement du troisième ventricule, et la maladie du sommeil. Tout ceci, bien entendu, ne peut être encore présenté que comme une hypothèse.

La *paralysie nucléaire aiguë* n'est pas très rare, surtout chez les enfants. Mais elle est souvent méconnue et appelée « éclampsie » ou « méningite ». Comme la forme subaiguë, elle se termine par la mort ou par la guérison, avec une fréquence à peu près égale ; mais, contrairement à ce qui se passe pour l'ophthalmoplégie progressive, les muscles oculaires paralysés peuvent recouvrer l'intégrité de leur fonctionnement. En général, deux ou trois jours suffisent pour que la paralysie soit étendue aux muscles des deux yeux; il y a un léger appareil fébrile, quelques convulsions. Puis, si l'enfant ne meurt pas, on voit, au bout de quelques semaines, les paralysies rétrocéder peu à peu. La guérison peut être complète, définitive ; mais, dans d'autres circonstances, il persiste une déviation oculaire. Cette marche, cette terminaison, ne rappellent-elles pas les allures de la paralysie infantile ? A ce sujet, Blanc est très affirmatif. S'appuyant sur des faits nombreux, il admet que la paralysie infantile, qui est ordinairement une myélite antérieure, peut être représentée au niveau de la protubérance par une inflammation aiguë des masses grises de cette région. Celle-ci laisse à sa suite, à titre de phénomène permanent, un strabisme paralytique comparable au pied-bot qui est le reliquat de la myélite aiguë des cornes antérieures.

TOUPET.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

I. SUR L'ACTION DE LA MERCURIALE (MERCURIALIS PERENNIS), par M SCHULZ (*Archiv für experiment. Pathologie und Phar-*

(1) ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE, 1875, page 341.

makologie, t. XXI; fasc. 1; p. 88; 1886). — II. LE MATÉ, par M. A. DOUBLET (Thèse de Paris; 1885). — III PRÉPARATION DU KOUMYS AU MOYEN DE LA LEVURE DE GRAINS, par M. DUJARDIN-BEAUMETZ (*Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique*, n° 6, 1886; p. 37). — IV. INJECTION INTRA-PARENCHYMATEUSE DE LIQUEUR DE FOWLER DANS LA RATE ENGORGÉE (LEUCÉMIE), par le professeur MOSLER, de Greifswald (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1886; n° 13). — V. SUR L'ACTION HYPNOTIQUE DE L'URÉTHANE, par les docteurs HÜBNER et G. STICKER (Ibidem; n° 14). — VI. SUR LA « DITANA DIGITIFOLIA », LE « RHAMNUS ALATERNUS » ET LE « LIGUSTRUM VULGARE » (MODIFICATEURS DE LA SÉCRÉTION LACTÉE), par le docteur PROTA-GIURLEO (*Il Morgagni*, 2e partie, n° 44, p. 1885):

I. Les traités de matière médicale mentionnent la mercuriale (*mercurialis perennis*) parmi les plantes qui sont douées de vertus diurétiques et purgatives. M. SCHULZ s'est donné à tâche de vérifier ce qu'il y avait d'exact dans ces assertions. Il a fait préparer un extrait fluide de mercuriale dont une partie correspondait à 10 parties de plante fraîche. Cet extrait a servi à faire des injections sous-cutanées à des porcs et à des lapins. Ces mêmes animaux ont été, pendant d'autres périodes de l'expérience, nourris avec du fourrage contenant une certaine proportion de mercuriale fraîche. Les résultats de l'expérience ont été un peu différents chez les porcs et chez les lapins.

Chez les porcs, les injections sous-cutanées de l'extrait fluide de mercuriale à haute dose ont produit d'abord des accidents aigus caractérisés par du tremblement, des frissons, de l'injection de la peau, principalement à la tête, des éructations. A cette première phase, qui était de durée très courte, en succédait une seconde marquée par une polyurie manifeste, qui persistait pendant le reste des vingt-quatre heures; en outre, les animaux ont eu quelques selles diarrhéiques. L'urine n'a pas pu être recueillie, de sorte qu'il a été impossible d'obtenir une appréciation rigoureuse de l'intensité de la polyurie.

Au bout d'un intervalle de repos de huit jours, les animaux ont été nourris avec du fourrage contenant de la mercuriale (2 kilogs par jour); la polyurie s'est reproduite, sans autres phénomènes concomitants appréciables.

L'expérience, reprise sous les deux formes chez des lapins, a donné comme résultats constants de la rétention d'urine avec distension de la vessie, celle-ci constatée directement à l'autopsie d'un des animaux sacrifiés pendant la durée de l'expérience. Les reins ne présentaient pas de trace de lésions inflammatoires. L'urine contenait des cylindres d'une longueur démesurée, formés par du mucus tapissé par une couche de carbonate de chaux.

De tout cela, Schulz conclut que la mercuriale contient nn principe qui reste encore à isoler et qui exerce sur les plans musculaires de la vessie une action paralysatrice. Des expériences faites avec 0 gr. 3 de mercurialine n'ont donné que des résultats négatifs.

II. M. DOUBLET a réuni, dans sa thèse inaugurale, les notions éparses qu'il a pu trouver dans les recueils de médecine, et dans d'autres publications, sur le maté considéré au point de vue de sa valeur hygiénique, alimentaire et thérapeutique. Nous rappellerons que le maté (*Ilex paraguayensis*) est un arbre originaire de l'Amérique du Sud, dont les feuilles servent à la préparation d'une infusion, qui remplace avantageusement le thé et le café pour les habitauts du Paraguay, du Brésil, etc.

Ce n'est pas ici le lien d'entreprendre une analyse complète de la thèse de M. Donblet, que nous signalons comme un travail dont la lecture est aussi instructive qu'attrayante. Nous nous contenterons de reproduire les quelques indications que l'auteur fournit sur les usages thérapeutiques du maté : Les Indiens emploient l'infusion de feuilles grillées de la plante, comme un puissant diurétique, contre la lithiase rénale, les coliques néphrétiqnes, la gontte, etc. M. Doublet n'a pas pu constater d'effet diurétiqne bien net sur les sujets qui ont été soumis à l'usage de l'infusion de maté. Celle-ci exerce sur les voies urinaires une action irritante qui contre-indique l'usage du maté dans les cas de lithiase rénale, de coliqnes néphrétiques. De même, le maté paraît être contre-indiqué dans la goutte, en raison de son pouvoir antidéperditeur. A ce titre d'agent ralentissant de la nutrition, le maté rend de bons services chez les malades qui relèvent d'une affection débilitante (fièvre typhoïde, scorbut). Peut-être l'action stimnlante que le maté exerce sur les fibres musculaires lisses et snr les contractions de l'estomac serait-elle employée avantageusement dans le traitement des dyspepsies avec atonie et distension des parois stomacales. C'est, en tout cas, un bon carminatif, et un stimulant des mouvements péristaltiques de l'intestin dont il combat l'atonie. Enfiu, d'après M. Doublet, le maté dissipe facilement l'insomnie qui résulte de l'abus du café.

A l'extérienr, il est employé, au Brésil, sous forme de poudre fine, pour hâter la cicatrisation des plaies atoniques.

III. M. DUJARDIN-BEAUMETZ a fait, avec M. Deschiens, des expériences qui l'ont conduit à découvrir un moyen économique de transformer le lait de vache en koumys. Ce moyen consiste à provoquer la fermentation du lait au moyen de la levure de grains.

La levure de grains prend naissance quand on soumet la farine des céréales, et plus particulièrement celle du seigle, à la fermentation alcoolique par diastase; elle est à la fois plus pure et d'une conservation plus facile que la levure de bière. Cette levure est aujourd'hni fabriquée en grand; et les usines françaises en livrent quotidiennement jusqu'à 12,000 et 15,000 kilogrammes.

Lorsqu'on veut soumettre le lait à la fermentation, on prépare un mélange contenant :

Levure de grains.	āā 8 grammes.
Sucre en poudre. .	
Eau tiède (25c.) . .	

Au bout d'un intervalle de temps qui ne dépasse pas deux heures, ce mélange fermente d'une façon très active ; on le verse alors dans le lait, en maintenant la masse à une température de 14 à 17 degrés et en agitant de temps à autre. Au bout de quarante-huit heures, on obtient un hreuvage alcoolique très gazeux. La fermentation d'un litre de lait opérée dans ces conditions revient à 2 centimes et demi environ.

IV. Il a déjà été question dans la GAZETTE MÉDICALE, des tentatives faites par le professeur MOSLER pour obtenir la résolution des engorgements spléniques de nature très diverse, en particulier de l'engorgement qui survient comme manifestation de la leucémie. Mosler part de ce principe que la splé-

notomie est contre-indiquée dans les cas de leucémie, et que l'on peut obtenir la résolution de l'engorgement leucémique de la rate en poussant dans le parenchyme de cet organe certaines substances médicamenteuses. Mais, pour que ces injections soient inoffensives, il faut les entourer de certaines précautions et n'y avoir recours que dans des circonstances déterminées : rate de consistance ferme, située immédiatement au-dessous des téguments abdominaux ; absence de signes dénotant que le malade est sous l'influence d'une diathèse hémorrhagipare ; emploi préalable de médicaments internes susceptibles d'exercer une influence salutaire sur l'engorgement splénique (quinine, pipérine, huile d'eucalyptus). Comme liquide à injecter dans la rate, Mosler préconise la solution de Fowler. Il insiste sur la nécessité de faire précéder et suivre chaque injection de l'application d'une vessie de glace sur la région de la rate. L'injection est faite avec une seringue de Pravaz.

A l'appui de ses assertions touchant l'efficacité de ce procédé de traitement, M. Mosler a présenté, dans une des dernières séances de la Société de médecine de Greifswald, un malade affecté de leucémie, chez lequel des injections intraparenchymateuses de liqueur de Fowler ont amené une diminution considérable du volume de la rate en même temps qu'une amélioration de l'état général.

E. Ricklin.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Gynécologie.

I. Hématimétrie normale et pathologique des pays chauds, par M. le docteur E. Maurel, médecin de première classe de la marine. — Paris, O. Doin, 1885.

L'auteur a divisé son travail sur l'hématimétrie en trois parties : la première consacrée à la technique, la seconde à l'état normal, la troisième à la pathologie. Nous ne nous occuperons ici que des chapitres de ce mémoire qui intéressent la gynécologie. M. Maurel rappelle d'abord combien il est nécessaire, lorsqu'on fait des observations d'hématimétrie chez les femmes, de bien préciser, pour chacune d'elles, à quelle époque elle était de la période menstruelle. On sait, en effet, que les globules rouges diminuent d'une manière sensible après les menstrues, et qu'à partir de ce moment leur nombre va toujours en augmentant jusqu'à la période suivante.

Les leucocytes et les globules jeunes auraient une marche inverse : nombreux dans les quelques jours qui suivent les règles, ils diminueraient ensuite.

En ce qui concerne la gestation, M. Maurel a trouvé que les globules vont en augmentant jusqu'au troisième ou quatrième mois, qu'ils diminuent après pendant quelques mois, pour augmenter de nouveau dans les deux derniers. Ses recherches ont porté sur des Européennes, des femmes indoues et des négresses.

Il résume les résultats qu'il a obtenus dans les conclusions suivantes :

1o Le nombre de globules rouges est moins considérable chez la femme que chez l'homme de la même race, et celui des globules blancs, au contraire, plus considérable ;

2o Ces deux faits tiennent à la même cause, aux hémorrhagies mensuelles et au travail de réparation qui les suit ;

3o Dans les femmes noires et hindoues, le nombre des globules rouges est inférieur à celui des Européennes, et celui des globules blancs à peu près égal chez les Hindoues et supérieur chez les négresses.

II. Recherches sur les propriétés physiques et la constitution chimique des dents, sur les rapports du coefficient de résistance a l'état de santé, ou de maladie, avec les modifications de la nutrition. — Étude de pathologie générale, par le docteur Galippe, chef de laboratoire de la Faculté de médecine, membre de la Société de biologie. — Paris, Messon.

Quelques-uns des chapitres contenus dans ce mémoire sont intéressants pour le gynécologiste. Nous trouvons au chapitre IV, *De l'influence du sexe sur le coefficient de résistance et sur la fréquence de la carie des dents*, la confirmation de ce fait que, d'une façon générale, la densité des dents de la femme est inférieure à celle de l'homme.

Toutefois, sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, il y a des femmes qui ont des qualités masculines, et qui nous offrent des éléments de résistance vraiment exceptionnels.

Un autre fait, rigoureusement établi, c'est que la grossesse a pour effet de diminuer la densité des dents, de leur faire perdre une notable proportion de leurs éléments minéraux, en un mot, de les rendre plus exposées à la carie.

L'aptitude plus grande de la femme pour la carie dentaire s'accuse de bonne heure, coïncide souvent avec la puberté et s'accentue à chaque grossesse. Les explications les plus diverses de ce phénomène ont été données par les auteurs. M. Galippe attache une grande importance étiologique à l'alcalinité moindre des humeurs en général chez la femme. D'où la fréquence de l'acidité de la salive.

Il résulte, en effet, des nombreuses observations faites par l'auteur pendant la gestation, après l'accouchement, ou chez des nourrices que, en l'absence de tout état fébrile, chez cette catégorie de femmes, la salive est acide dans la majorité des cas.

Même en dehors de ces conditions, si on compare la réaction de la salive de l'homme et de la femme, on voit que chez celle-ci la salive est souvent acide, ou si faiblement alcaline, qu'elle ne présente qu'une ressource insuffisante pour la saturation des acides qui se forment dans la bouche.

Chez quelques femmes, la salive ne devient acide que sous l'influence de troubles de l'appareil utérin, ou au moment de la période menstruelle, ainsi que Donné l'avait déjà signalé.

En somme, diminution de l'alcalinité de la salive, densité inférieure des dents, tels sont les deux principaux facteurs qui, d'après Galippe, expliquent la fréquence plus grande de la carie dentaire chez la femme.

Nous avons lu avec grand plaisir cet intéressant mémoire, où des recherches nombreuses sur la densité et la composition chimique des dents sont associées à des considérations de physiologie et de pathologie générales qui en augmentent encore la valeur.

III. De l'inflammation chronique et des fistules de la glande vulvo-vaginale, par R. Fanvel. — Thèse de doctorat. Paris, 1886.

Cette thèse résume très clairement l'état actuel de nos con-

naissancee sur ce sujet. L'auteur fait ressortir la fréquence de l'inflammation des glandes vulvo-vaginales chez les femmes qui se livrent à la prostitution, et son origine presque toujours blennorrhagique. Il décrit avec soin, quoique brièvement, les symptômes, la marche, le siége de ces affections.

Ayant cherché à contrôler les assertions de M. Martineau relativement à l'acidité du pus blennorrhagique, M. Fauvel nous dit que les quelques expériences qu'il a faites à ce sujet n'ont amené aucune conviction dans son esprit (1).

Relativement à la thérapeutique, l'auteur passe rapidement en revue les divers traitements employés. Il préconise surtout l'ablation de la glande au moyen du histouri. Il a omis de parler du procédé du caoutchouc, qui nous a donné souvent d'ausei hons résultats dans cette catégorie de fistules que dans certaines fistules à l'anus.

IV. Traité clinique et pratique des maladies des femmes, par le docteur Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Masson, 1886.

Résumer toute la gynécologie dans un volume de 440 pages n'est pas une tâche facile. C'est cependant ce qu'a tenté M. Guibout dans son traité des maladies des femmes. Aussi quelques chapitres sont-ils incomplètement exposés, et les différents sujets abordés dans cet ouvrage auraient certainement gagné à être publiés sous forme de leçons cliniques. Néanmoins, on lira avec intérêt les nombreuses observations réunies par l'auteur dans le cours d'une longue pratique.

Signalons, comme des mieux traités, les chapitres relatifs au prurit vulvaire, à la menstruation, à la constipation. M. Guibout insiste avec raison sur le rôle important de la constipation dans la plupart des maladies des femmes, et la manière défectueuse dont on cherche à la combattre, au moyen des purgatifs salins qui ne font que l'aggraver.

En somme, les praticiens trouveront dans le livre de M. Guibout de nombreux et utiles renseignements cliniques, exposés sous une forme qui le rend facile à lire.

Dr de Sinéty.

REVUE DES THÈSES

Du panaris profond ou ostéomyélite des phalanges, par G. Camps. — Thèse de Paris, 1885.

L'ostéomyélite des phalanges a été, jusqu'à M. Lannelongue, décrite sous le nom de « panaris profond ». Cette affection ne se propage pas de la peau au périoste et à l'os, elle apparaît, au contraire, d'emblée dans ce dernier, qu'elle nécrose, amenant aussi des foyers de suppuration dans les parties molles, des synovites et des gangrènes plus ou moins étendues. Ces accidents, à évolution rapide, sont en rapport avec la nature infectieuse et virulente de l'ostéomyélite qui paraît due, à cette heure, d'après l'étude et la comparaison de faits nombreux, à la pénétration des germes septiques. Une fois introduits dans l'organisme, ces derniers trouveraient dans la moelle des os un terrain favorable, un vrai lieu d'élection à leur propriété nocive et destructive.

Charles Amat.

(1) Les observations de M. Fauvel sont absolument conformes à ce que nous avons vu nous même, contrairement à l'opinion émise par M. Martineau. En effet, ainsi que nous l'avons signalé, M. Henneguy et moi, dans une communication à la Société de biologie, nous avons fréquemment observé des gonococcus dans le pus de la glande vulvo-vaginale et dans le liquide cervical utérin, malgré une réaction nettement alcaline. (V. de Sinéty et Henneguy : « De quelques faits relatifs à l'examen histologique et chimique du pus blennorrhagique. » Société de biologie, août 1885.

NOTES & INFORMATIONS

Intérêts professionnels. — Un journal de médecine vient d'adresser aux médecins exerçant près les stations d'eaux minérales une circulaire dans laquelle il leur offre, moyennant *un versement de 100 francs*, d'insérer leur nom chaque semaine, durant la saison thermale, au-dessous de leurs stations respectives, dans une section nouvelle qu'il se propose d'inaugurer sous la rubrique : « Stations thermales de la France, saison de 1886 ». Les noms des médecins qui auront versé la somme en question *figureront seuls* dans ce tableau hebdomadaire.

Les directeurs des journaux soussignés, persuadés que nul de leurs confrères des stations thermales ne voudra répondre à un semblable appel, n'en croient pas moins devoir protester avec énergie, au nom de la dignité professionnelle et de la dignité de la presse médicale, contre un procédé qui, cherchant à encourager en même temps qu'à exploiter des tendances regrettables, s'inspire d'un industrialisme jusqu'ici sans exemple dans la presse médicale, et ils espèrent que tous leurs collègues sans exception s'associeront à cette protestation.

Bulletin de thérapeutique, Courrier médical, France médicale, Gazette médicale, Revue d'hygiène, Tribune médicale, Union médicale.

— La crémation. — La Chambre vient d'adopter, par 323 contre 180, un amendement à la loi adoptée par le Sénat sur la *liberté des funérailles*. Cet amendement, soutenu par le docteur Blatin (de Limoges) et tendant à rendre la crémation non obligatoire, mais facultative, est ainsi conçu :

Art. 3. — Le premier paragraphe de l'article 3 du texte adopté en première délibération est ainsi modifié :

« Tout majeur ou mineur émancipé, en état de tester, peut déterminer librement le mode de sa sépulture, opter pour l'inhumation ou l'incinération, léguer tout ou partie de son corps à des établissements d'instruction publique ou à des sociétés savantes, et régler les conditions de ses funérailles, notamment en ce qui concerne le caractère civil ou religieux à leur donner. »

— M. le président de la République a reçu le 5 avril le président et le secrétaire général du Congrès international d'hydrologie et de climatologie qui doit s'ouvrir à Biarritz le 1er octobre prochain. M. Grévy, après avoir écouté avec une grande attention les détails qui lui ont été fournis sur l'organisation du Congrès, a donné à ces messieurs l'assurance de son concours le plus sympathique.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Les semaines qui viennent de s'écouler ont été marquées pour le corps médical par des pertes nombreuses et à tous égards regrettables : nous devons une mention particulière à celle qu'il a éprouvée par la mort du docteur Thaon, décédé le 30 mars, à la suite d'une maladie dont les premières atteintes se firent sentir il y a une année environ. L. Thaon s'était fixé à Nice, sa ville natale, en 1873, au sortir de l'internat de Paris, où il avait laissé une trace brillante. Son savoir et ses aptitudes, déjà consacrés par le succès de sa thèse inaugurale, étaient de nature à lui assurer, dans la ville de son choix, une des premières places. L'événement donna bientôt raison à cette prévision, une clientèle nombreuse et choisie vint justifier les espérances que ses débuts avaient fait naître. Doué d'une extrême activité, L. Thaon sut faire face à des occupations multiples et, malgré les exigences d'une vie laborieuse, il trouva le temps de continuer les études commencées et de poursuivre les recherches dont il avait conçu le germe durant son passage dans les hôpitaux parisiens. Les travaux qu'il a publiés pendant cette période de dix années sont considérables : tous portent l'empreinte de la clarté naturelle qu'il apportait dans l'exposition des faits et la marque d'une précision scientifique rigoureuse. Outre sa très remarquable thèse sur l'anatomie pathologique de la tuberculose, qui fait encore autorité sur un sujet bien des fois remanié depuis cette époque, il a fait paraître un *Traité pneumatique de la phthisie*, un *Mémoire sur la tuberculose considérée dans ses rapports avec la scrofule* (1878), un autre *Mémoire sur les pneumonies tuberculeuses et leur évolution sous l'influence du bacille* (1885). En 1873, il a publié également, dans les ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE, un travail sur l'origine de la granulation tuberculeuse Nous citerons encore une brochure écrite au retour d'un long voyage, brochure dans laquelle L. Thaon expose ses vues particulières sur l'influence que les voyages en mer peuvent revendiquer dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

Dans cette énumération, nous ne ferons qu'indiquer un certain certain nombre de communications faites à la Société de Biologie et une série d'articles publiés dans le PROGRÈS MÉDICAL. Parmi ces derniers, nous devons pourtant citer comme particulièrement intéressants ceux qu'il a consacrés à l'*Enseignement de la médecine aux Etats-Unis*. On voit que dans cette œuvre considérable et qui témoigne d'une ardeur scientifique exceptionnelle, L. Thaon a fait une large part à la tuberculose, qui était en quelque sorte son sujet de prédilection, et dont ses recherches auront contribué en plus d'un point à éclairer l'histoire. Il avait, du reste, l'intention de poursuivre ses études sur ce sujet et dans ce but il rassembla, lors d'un récent passage à Paris, les éléments d'un travail que la maladie l'a forcé de laisser inachevé. Aussi est-ce avec le sentiment du plus amer regret que nous avons appris l'événement douloureux qui est venu brutalement interrompre une carrière si brillamment commencée et déjà si bien remplie : regret doublé encore par le souvenir des qualités personnelles de l'homme qui, partout où il a passé, a su conquérir toutes les sympathies et se créer des amitiés solides et durables.

P. M.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Amédée Forget, ancien président de la Société de médecine de Paris, membre honoraire de la Société de chirurgie, chirurgien consultant des maisons de la Légion d'honneur, qui vient de succomber à une longue maladie, dans sa soixante-quinzième année. Forget, praticien distingué, chirurgien de mérite, a été l'un des fondateurs de l'UNION MÉDICALE à laquelle il a longtemps collaboré.

∴

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Ramakers, chef de clinique chirurgicale, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Merz, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Guillaumet, suppléant, est chargé d'un cours d'histoire naturelle pendant la durée du congé accordé à M. Borny (2e semestre de l'année scolaire 1885-1886).

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. Lecaplain, licencié ès sciences physiques et agrégé de physique, professeur au lycée de Rouen, est chargé, en outre, d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie.

∴

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 9 avril 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Driout (Jean-Baptiste), médecin principal de deuxième classe.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Lemardeley (Alfred-Marie, médecin-major de première classe.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Fournié (Henri) ; M. Oger (Louis) ; Gerboin (Charles-Emile) ; Roch (Charles-Albert).

Au grade de médecin-major de deuxième classe. MM. les médecins aides-majors Lucas-Élie ; Altemaire (Louis-Eugène) ; Pitois (Edouard-Alphonse) ; Vilmain (Gabriel) ; Deronet (Paul-Jules) ; Spire (Emile-Jules).

— *Section technique du service de santé.*— Le ministre de la guerre a décidé, le 11 avril 1886, que la section technique du service de santé serait composée de la manière suivante :

MM. Chambé, médecin principal de deuxième classe, secrétaire du comité consultatif de santé, chef ; Barthélemy, médecin principal à l'hôpital du Gros-Caillou ; Laveran, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce ; Millet, médecin-major de première classe au 36e régiment d'infanterie ; Delorme, médecin-major de première classe à l'hôpital Saint-Martin ; Granjux, médecin-major de première classe, attaché à la septième direction au ministère ; Schauffelé, pharmacien-major de première classe, attaché à la septième direction ; Belleau, médecin-major de deuxième classe, attaché à la septième direction ; Longuet, médecin-major de deuxième classe, attaché à la septième direction (statistique).

∴

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Cette Association tiendra, dimanche prochain 18 avril, à deux heures très précises, son assemblée générale annuelle, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Béclard, président.

Ordre du jour : 1° Lecture du compte rendu de l'année 1885, par le secrétaire général ;

2o Approbation des modifications à introduire au règlement d'administration intérieure (art. 13 et 16) pour la nomination d'un archiviste ; ces modifications ont été adoptées par la commission générale, dans sa séance du 2 avril 1886 ;

3° Election d'un président, de deux vice-présidents ;

4° Tirage au sort des membres titulaires de la Commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

***

— Par décret, en date du 6 avril 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand-officier. — M. Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine.

Au grade de commandeur.— M. Cotholendy, médecin inspecteur de la marine.

Au grade d'officier. — M. Piesvaux, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier. — M. Brédiem, médecin de première classe de la marine, et M. le docteur de Miramont, ancien maire d'Etretat.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 4 au samedi 10 avril 1886

Fièvre typhoïde 15.—Variole 7.— Rougeole 24. — Scarlatine 11. — Coqueluche 8. — Diphtérie, croup 40 — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 55. — Phthisie pulmonaire 241. — Autres tuberculoses 46. — Autres affections générales 77. — Malformation et débilité des âges extrêmes 52. — Bronchite aiguë 40. — Pneumonie 130. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 48. — au sein et mixte 25. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 109. — de l'appareil circulatoire 66. — de l'appareil respiratoire 104. — de l'appareil digestif 48 — de l'appareil génito-urinaire 36. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 8 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 35. — Causes non classées 18. — Total de la semaine : 1261 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La chirurgie ignée en général, et ses avantages en particulier, dans les maladies chroniques et rebelles de l'utérus, par J. Abeille, chevalier de la Légion d'honneur, ancien médecin ordinaire du Val-de-Grâce et du Roule. Un volume grand in-8 de 452 pages, avec 2 planches et 44 figures. Prix : 12 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'huile essentielle de térébenthine, par les docteurs Ernest Brémont fils et Gouël. Brochure in-8.—Prix : 75 centimes. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Traité de zoologie. Protozoaires, par J.-L. de Lanessan. Un beau vol. gr. in-8 de 350 pages, avec table alphabétique et 300 fig. dans le texte. — Prix : 10 fr.

Le *Traité de zoologie* paraît par volume ou parties de 300 à 400 pages, ornés de très nombreuses figures, contenant chacune l'histoire complète d'un ou de plusieurs groupes d'animaux et terminés par une table analytique.

1re partie, — Les Protozoaires (parue).
2e partie. — Les œufs et les spermatoïdes des Métazoaires. Les Cœlenterés (sous presse).
3e, 4e et 5e parties. — Les Vers et les Mollusques.
6e et 7e parties. — Les Arthropodes.
8e, 9e et 10e parties. — Les Porto-Vertébrés et les Vertébrés. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave, médecin des hôpitaux. — *Les maladies simples du poumon* : asthmes pneumobulbaires, asthme cardiaque, congestions, hémorrhagies et induration du poumon, lésions des plèvres, par le professeur G. Sée. Tome III, 1 vol. in-8. — Prix : 10 fr.—Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Mémoires de médecine et de chirurgie, par le docteur E. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Un volume in-8 de 337 pages.—Prix : 8 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Moutaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

Paris, le 22 avril 1886.

Nous avons reçu de M. de Launay, rédacteur de la REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE, et ami du regretté directeur de ce journal, Edouard Fournié, la lettre suivante :

A M. DE RANSE, rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Cher confrère et ami,

Je suis l'interprète des désirs de la famille du docteur Edouard Fournié et des volontés du défunt, en venant vous demander de faire aux abonnés de la REVUE MÉDICALE, dont la publication est provisoirement suspendue, le service de votre très intéressante publication pendant le reste de l'année courante.

Ce témoignage de profonde estime est justifié par la dignité, l'indépendance et la valeur scientifique des journaux que vous dirigez.

Nous n'attendons pas de vous que vous assumiez la doctrine de la REVUE MÉDICALE, mais nous savons que les idées que nous y avons défendues avec le plus entier désintéressement, sont de celles auxquelles vous accordez une sympathique attention, et même quelque chose de plus.

Veuillez, cher confrère et ami, avec mes remercîments, recevoir l'expression de mes sentiments de haute considération.

Paris, 20 avril 1886.

FERDINAND DE LAUNAY.

Tout journal qui, à l'exemple de la REVUE MÉDICALE et de la GAZETTE MÉDICALE, compte plus d'un demi-siècle d'existence, a une tradition à laquelle il tient à honneur de rester fidèle. M. de Launay l'a très bien compris et, avec un tact parfait, en confiant à la GAZETTE la succession ou plutôt la suppléance de la REVUE, il ne réclame de la première aucun sacrifice aux vues doctrinales ou philosophiques qui ont pu la séparer de la seconde. Il a soin de faire remarquer, d'ailleurs, que les divergences, s'il y en a eu, sont plus apparentes que réelles, et que les deux recueils ont suivi en définitive le même drapeau : celui de l'indépendance absolue dans la recherche de la vérité scientifique. Nous serons heureux de répondre au précieux témoignage d'estime de notre confrère et de la famille d'Edouard Fournié en servant régulièrement la GAZETTE MÉDICALE et le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES aux lecteurs de la REVUE MÉDICALE, et nous espérons que ces derniers reporteront sur nos deux recueils la sympathie qu'ils professaient pour celui qui vient de suspendre sa publication. A dater d'aujourd'hui, ils voudront bien adresser à la librairie Doin toute réclamation relative au service des deux journaux. Rien n'est changé d'ailleurs pour eux aux anciennes conditions d'abonnement à la REVUE MÉDICALE.

FEUILLETON

DES ERREURS EN BIOGRAPHIE MÉDICALE A PROPOS DE LA VIE DE GEORGES BAGLIVI (8 septembre 1668 — 17 juin 1707).

Suite. — Voir les numéros 8, 9 et 14.

Néanmoins, la vie de Baglivi se poursuivait sous les meilleurs auspices. Il était un des professeurs les plus en vue ; ses cours étaient fréquentés par de nombreux élèves, tant la forme en était élégante, et dans sa pratique il pouvait être fier de sa clientèle qui se recrutait dans la meilleure société. Aussi, après la mort de son bienfaiteur Innocent XII, survenue le 27 septembre 1700, sa brillante situation ne se modifia aucunement, car le nouveau pape, Clément XI, se montra également bienveillant pour sa personne et le nomma, au commencement de l'année 1701, professeur de médecine théorique.

La santé de Baglivi s'était jusqu'ici maintenue fort bonne. Mais, ainsi qu'il l'a lui-même rapporté, il fut, à la date du 20 janvier 1702, atteint de fièvre avec céphalalgie très intense, attribuée à un travail intellectuel trop continu et trop acharné, à la fatigue occasionnée par les exigences de sa clientèle et *peut-être aussi à l'abus du chocolat*. Il se remit de ses malaises en huit jours, grâce à une double purgation et à des bains de pieds répétés. Outre son enseignement et sa pratique médicale, Baglivi était un publiciste inépuisable. Il publiait (vers 1700) son traité *de Anatome fibrorum, de motu musculorum ac de morbis solidorum*, que l'on peut considérer comme l'exposition développée de ses idées de pathologie solidiste ; il publiait aussi la relation de ses principales recherches expérimentales sur la salive, sur la bile et aussi sur le sang. Il démontrait que l'entrée de l'air dans les poumons était due moins à l'action des muscles respiratoires qu'à la différence de pression au dehors et au-dedans du thorax. Puis vinrent quelques petites dissertations : *De vegetatione lapidum* (Baglivi y admet la croissance des pierres, 1703), *De terræ motu romano et urbium adjacentium, anno 1703* ; comme dernier travail, citons trois dissertations avec un appendice adressées à Pierre Hotton, dans lesquelles Baglivi développe à nouveau ses hypothèses sur les mouvements de la dure-mère. Enfin, il ne nous est pas permis

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE LA MALADIE DE BRIGHT CHEZ LES HERPÉTIQUES. — ÉTIOLOGIE, — PATHOGÉNIE, par le docteur SÉJOURNET (de Revin), lauréat de l'Académie de médecine.

L'étiologie de la maladie de Bright est encore mal connue; ses origines sont entourées d'une obscurité qui, de jour en jour, semble s'éclaircir et se dissiper devant les recherches de la physiologie expérimentale et de l'anatomie pathologique, mais on répond encore par bien des hypothèses aux inconnues de ce problème.

Dans bien des cas, en effet, il n'est pas possible d'attribuer aux causes qui ont été jusqu'ici reconnues l'étiologie de la néphrite chronique.

Un albuminurique se présente à notre observation; il n'est ni alcoolique, ni saturnin, ni syphilitique, ni goutteux; il n'a même pas eu de refroidissement ni de rhumatisme articulaire; il est jeune et sans lésions organiques. Voilà, certes, écartées toutes ou à peu près toutes les causes communes d'albuminurie.

Et pourtant notre malade a une néphrite; il en présente tous les symptômes: ses urines sont albumineuses, il a de l'œdème des extrémités inférieures, de la bouffissure des paupières, des épistaxis, des démangeaisons, de l'œdème pulmonaire, des fourmillements des doigts, des troubles digestifs. Nous reconnaissons parfaitement la maladie, mais la cause nous échappe.

C'est cette cause, inconnue dans bien des cas, que nous avons voulu rechercher. Nous n'avons pas eu, pour cela, recours à l'expérimentation; nous nous appuyons sur l'observation clinique seule, recherchant par l'étude du malade, de ses antécédents personnels ou héréditaires, son état constitutionnel.

Nous allons présenter bon nombre de cas d'albuminurie; nous avons remarqué que les malades dont nous donnerons les observations étaient des diathésiques, c'est-à-dire qu'ils avaient souffert, depuis leur naissance, de désordres fonctionnels ou de lésions organiques diverses. Ces altérations, ces troubles dynamiques, ne pouvant provenir que d'un état plus général, dépendaient-ils de l'arthritisme ou de l'herpétisme?

Depuis Bazin, les deux diathèses dont nous parlons ont été imparfaitement définies; Bazin lui-même, comme le fait remarquer M. Guibout (1), avait confondu dans ses descriptions les manifestations de ces deux maladies constitutionnelles, et M. Guibout, déclarant fausse la doctrine du maître, n'admet pas l'arthritisme comme le considérait Bazin.

D'un autre côté, Hillairet (2) bannit de son livre la diathèse herpétique comme n'ayant pas de caractères propres.

Il nous a fallu attendre les remarquables ouvrages de MM. Lancereaux et Bouchard pour savoir à quoi nous en tenir sur ces diathèses. Nous les considérons comme très bien définies et parfaitement caractérisées par ces deux confrères savants. Aussi nous sommes-nous appuyé sur leurs travaux pour arriver à définir l'état constitutionnel de nos albuminuriques. Ce sont bien des herpétiques: ils en ont présenté tous les caractères; nous avons pu les constater chez eux, chez leurs ascendants ou leurs descendants, en un mot, dans leur famille. Ces herpétiques ont eu de l'albuminurie, c'est-à-dire de la néphrite chronique. Hâtons-nous de dire qu'il n'est pas question, dans nos observations, de néphrite interstitielle; cette maladie a été déjà rattachée à l'herpétisme par M. Lancereaux, qui la considère anatomiquement comme dépendant du rein artériel. Nous avons eu en vue seulement la néphrite chronique, non interstitielle, mais plutôt parenchymateuse. Ce sont du moins les caractères connus de cette variété de néphrite que nous avons observés chez nos malades.

OBSERVATION I. — P..., 32 ans, menuisier, n'a jamais fait de maladie grave, mais a souffert de douleurs dans l'épaule gauche, de névralgies sciatique et frontale; plusieurs fois, dans son existence, il a eu des épistaxis, étant jeune: ses deux jambes sont sillonnées de varices, et il a présenté, à plusieurs reprises, des plaques d'eczéma sur le devant de la poitrine. Aucun symptôme de goutte ou de diabète, aucun souvenir de rhumatisme articulaire. Les poumons et le cœur fonctionnent parfaitement sans aucun indice de lésion organique. Le malade vit dans de bonnes conditions d'hygiène; il boit peut-être un peu plus qu'il ne devrait, mais n'est pas alcoolique. Nous l'avons interrogé sur sa famille: sa mère est encore vivante et bien portante, son père est mort d'une maladie dont il n'a pas connaissance; il a une sœur qui est aussi herpétique et eczémateuse.

(1) *Nosographie et thérapeutique des maladies de la peau*, 1883.
(2) *Traité des maladies de la peau*, 1er fasc., 1881.

---

d'oublier de consigner ici la publication (pridie kalendarum octobris 1696 (1)) de son traité de la *Tarentule*, traité jugé fort imparfait par tous les biographes, y compris M. Salomon, comme empreint d'une trop grande crédulité. Mais si l'on se rapporte au temps où ce travail a été publié, on ne saurait souscrire à l'opinion de ses critiques. Car ce livre est avant tout un recueil de faits, et, sur un sujet aussi obscur à l'époque de Baglivi, on ne peut qu'admirer la sagacité d'un esprit qui a su ne pas trop déraisonner et accumuler sans commentaires bien aventurés une multitude d'observations sincèrement recueillies.

En 1705, dans le courant de l'automne, Baglivi fut frappé d'une maladie abdominale qui s'accompagna d'ascite. Mais son corps, jeune encore, résista longtemps, et le Bichat de l'Italie ne succomba qu'après de longues souffrances, le 17 juin 1707, à l'âge de trente-huit ans neuf mois et neuf jours.

Telle fut, arrêtée aujourd'hui dans ses principaux traits, la vie de Georges Baglivi, de celui que ses contemporains ont appelé le Sydenham de l'Italie. Nous avons pris pour guide la récente biographie publiée par M. Max Salomon; malheureusement, elle nous a paru fort insuffisante, surtout au point de vue documentaire. Pas de références, en effet, dans cette biographie de Baglivi. A tout instant, si on veut rechercher où se trouve la preuve et qui possède la preuve de telle ou telle assertion, si on lui demande: qui dit cela? M. Salomon semble vous répondre par le mot cornélien de Médée:

. . . . Moi,
Moi, dis-je, et c'est assez. . . . .

Cela ne pouvait nous suffire. Nous voulions des témoignages, car nous avons sur les recherches d'érudition la même opinion que Baglivi lui-même professait à l'égard des livres. « Le seul moyen de profiter des livres, dit-il dans son *Traité de pratique médicale*, c'est, avant tout, de les comprendre; une fois compris, attendez, pour adopter tout ce qu'ils disent, que vous vous soyez assuré si ce qu'ils disent est vrai ou non. Demandez à votre raison la solution des questions que vous voyez posées en tête des livres. »

J'ai donc voulu m'assurer de la véracité des assertions de M. Sa-

(1) C'est la date de la dédicace de ce livre. L'introduction porte la date du mois de novembre 1695.

En 1880, cet homme reçoit une contusion au-devant du tibia droit : une petite plaie se produit à la suite du coup reçu et ne guérit pas, malgré les soins et malgré le traitement suivi. Nous le voyons en 1881, et constatons de l'œdème et des varices à la jambe droite, une petite plaie de deux à trois centimètres de diamètre, à bords inégaux et fongueux, à fond violacé, œdémateux et saignant. Les bourgeons, mous et sans vigueur, étaient depuis longtemps dans un état stationnaire. L'exploration de la sensibilité par la piqûre, par le froid et le chaud de la plaie même et des parties environnantes démontraient que les sensations étaient perçues avec retard ; en certains endroits, la sensibilité n'était pas éveillée et aucune sensation douloureuse n'était accusée par le malade. Ces faits, joints à l'aspect languissant de la plaie, disaient assez combien était affaiblie la vitalité des tissus et combien était éloignée la tendance à une cicatrisation franche. Nous devons dire que le pourtour de la plaie était congestionné, bouffi, bleuâtre et couvert de boutons et de papules qui occasionnaient de vives démangeaisons.

Au bout de quatre semaines de traitement par le repos et la compression au moyen d'une carapace de diachylon, la plaie allait de mieux en mieux, les bords se cicatrisaient fort bien, et la guérison était prochaine quand le malade se plaignit d'une vive oppression et d'étouffements qui l'empêchaient de dormir.

L'auscultation de la poitrine nous permit d'entendre des râles disséminés des deux côtés, et de gros râles humides, sons crépitants et serrés aux deux bases. Il y avait en même temps de l'œdème de la jambe gauche qui, jusqu'alors, était restée indemne. L'analyse des urines nous démontra la présence d'une forte quantité d'albumine.

La plaie continua cependant sa marche vers la cicatrisation et fut définitivement guérie quinze jours plus tard.

Sous l'influence du régime lacté pur, l'albuminurie disparut au bout de deux mois ; l'œdème pulmonaire et l'enflure des jambes avaient cédé au même traitement. Pendant sa convalescence, le malade a présenté une éruption eczémateuse sur le devant de la poitrine. Il va bien actuellement.

Réflexions. — On n'aurait pas manqué autrefois de voir dans cette observation de néphrite, coïncidant avec la cicatrisation d'une plaie ancienne, un fait de métastase ou de répercussion. Pour nous, nous y voyons une éclatante confirmation des doctrines de M. le professeur Verneuil qui a établi d'une façon si remarquable les rapports existant entre les maladies constitutionnelles et les traumatismes.

Bien que M. Verneuil n'admette guère l'herpétisme et qu'il n'en fasse ni une diathèse distincte, ni une maladie constitutionnelle à part, nous persisterons à considérer ce cas de néphrite comme dépendant de la diathèse herpétique.

Le traumatisme a été, si l'on veut, le point de départ du mal, la cause occasionnelle, mais la cause prédisposante était la maladie constitutionnelle.

Pour M. le professeur Verneuil (1), les herpétiques sont des arthritiques « chez lesquels prédominent les manifestations « du côté des muqueuses et de la peau. L'herpétisme ne sau- « rait donc agir sur les traumas qu'à la manière du rhuma- « tisme et surtout de la goutte. »

Nous pensons avoir établi une distinction suffisante entre les deux diathèses pour qu'aucune confusion ne soit ici possible. Notre malade n'a jamais eu d'attaques de goutte ni de rhumatisme articulaire. C'est bien un herpétique, puisque, à côté des varices, des névralgies et des épistaxis, il a présenté des éruptions cutanées et, autour de sa plaie, des fluxions, des congestions, des dermatoses, auxquelles l'éminent professeur lui-même reconnaît la valeur de manifestations herpétiques. De plus, ce malade a des dartreux, autrement dit, des herpétiques dans sa famille.

Nous possédons plusieurs observations de traumatismes chez des sujets entachés d'herpétisme, et nous nous proposons de les réunir dans un travail ultérieur pour produire un bien faible argument en faveur des doctrines du maître, en démontrant les rapports qui existent entre les traumas, même les plus simples, et la diathèse herpétique.

Mais revenons au malade de notre première observation. S'il est devenu albuminurique, ce n'est pas parce qu'il a reçu un coup, ni parce qu'il avait une plaie ancienne, mais parce qu'il est herpétique.

Comme nous l'avons dit, la plaie elle-même n'a sans doute servi que de cause déterminante chez un individu diathésique. La diathèse s'est non pas révélée, puisqu'il en existait déjà des manifestations auparavant, mais réveillée au moment où la plaie était en bonne voie de cicatrisation. Cette plaie qui existait depuis dix-huit mois servait en quelque sorte d'émonctoire au malade, et cet émonctoire, une fois supprimé, les reins, par suppléance sans doute, sont devenus malades.

(1) *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. Ier.

---

lomon, qui nous a dit que c'est d'une lecture attentive des œuvres de Baglivi qu'il a pu arriver à déduire les péripéties de son existence. En ceci, M. Salomon exagère, car ce n'est pas dans les livres de Baglivi qu'il a trouvé la date de sa mort. Jérôme Cardan, seul au monde, a pu faire un pareil tour de force de mourir le jour même qu'il avait indiqué. Et encore les mauvaises langues prétendent que, pour réaliser sa prophétie, Cardan aida la mort à venir à la date qu'il lui avait assignée. Rien de pareil pour Baglivi. Mais M. Max Salomon ne nous découvre pas plus les sources des renseignements qui lui ont permis de fixer la date de sa mort, qu'il ne nous avait donné les indications des passages sur lesquels il s'est appuyé pour édifier le reste de la biographie de notre héros.

Aussi avons-nous été obligé de relire l'œuvre entière du médecin d'Innocent XII. Et aujourd'hui nous ne saurions garder rancune à M. Salomon de la peine qu'il aurait pu si facilement nous épargner, car il nous a procuré en même temps un véritable plaisir en nous fournissant l'occasion de faire une ample connaissance avec un vrai médecin de génie. Le style de Baglivi est en effet des plus élégants. Sa langue est nette et facile à saisir. Et puis que de choses nous avons pu trouver dans ces pages si riches et si personnelles ! Oui, si personnelles ! à l'exception toutefois du *Traité de pratique médicale*, œuvre de haute volée, didactique, magistrale et surtout aphoristique dans laquelle l'écrivain s'efface et se cache derrière le professeur, derrière le héraut chargé de promulguer les arrêts de la médecine traditionnelle (1).

Par contre, dans ses autres ouvrages, nous voyons à chaque instant l'auteur se mettre en scène. Aussi quelle riche moisson de faits ne trouve-t-on pas dans l'œuvre de Baglivi : les uns éclairant sa vie propre, son caractère, la tournure de son esprit, les détails

(1) Et encore pourrait-on signaler quelques hors-d'œuvres, même dans cet ouvrage ; comme, par exemple, lorsqu'en parlant d'un asthmatique qu'il avait soigné au mois de mai 1700, il prend occasion de cette date pour nous dire : C'est le 20 du même mois qu'arriva dans les murs de Rome Côme III, grand-duc de Toscane, etc. (voir la traduction de Boucher, p. 203), et pour nous raconter comment ce prince fut institué chanoine dans le chapitre de Saint-Pierre dans le seul but de lui permettre de « toucher les saintes et illustres reliques conservées dans cette église. »

Noue avons fait remarquer que la sensibilité autour et an niveau de la plaie était altérée; ce fait vient à l'appui des études que nous avons faites, dans notre thèse inaugurale, sur les modifications de la sensibilité thermique dans les ulcères variqueux et autres. Nous avons voulu démontrer que ces ulcères sont le résultat d'un trouble trophique accusé par ces désordres sensitifs.

(A suivre.)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

D'une variété nouvelle de kystes du cou (kyste crico-thyroïdien), par Paul Blocq, interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir les numéros 12, 13 et 16.

VI

Le début des tumeurs dont nous parlons est lent et insidieux, et leur présence ne se révèle au malade qu'après le temps assez long qu'il leur a fallu pour atteindre un volume appréciable, ce qui tient à l'indolence dont elles ont l'habitude.

Parvenues à ce degré de leur développement, elles se révèlent alors par des signes fonctionnels et physiques, l'importance de ces derniers étant de beaucoup prépondérants.

On ne constate pas de douleur soit spontanée, soit à a pression. La gêne qu'ils occasionnent est peu considérable tant qu'ils n'ont pas acquis de dimensions trop grandes. Toutefois, à cette période, la compression du larynx ne tarde pas à se manifester par de la dyspnée et même par de véritables accès de suffocation. Il semble, à ce propos, qu'il y ait une sorte d'accoutumance de l'organe. Ainsi chez la malade de notre observation n° 1 le kyste congénital, à très lente évolution, ne causait aucun embarras, alors que chez celle de notre observation n° 3 la tumeur, à marche assez rapide, faisait éprouver à la malade des phénomènes d'oppression pénibles.

Mais un fait assez saillant nous a frappé dans tous les cas : nous voulons parler d'une certaine raucité de la voix qui existait toujours à un degré variable et qui noue semble en rapport avec le siège particulier du néoplasme. Nous la croyons, en effet, eous la dépendance de la diminution de la tension des cordes vocales réalisée normalement par les mouvements de bascule du cartilage thyroïde sur le cricoïde. Ce jeu est doublement gêné, d'abord par la difficulté qu'éprouvent dans leur contraction les muscles crico-thyroïdiens qui y sont préposés, déjetés et comprimés qu'ils sont par la tumeur, ensuite par l'obstacle même que celle-ci oppose au renversement du cartilage thyroïdien en avant.

La tumeur offre une forme arrondie ou mieux ovoïde, a le volume d'une forte noix, jouit d'une certaine mobilité qu'elle emprunte au larynx auquel elle adhère, et dont elle suit manifestement les mouvements d'ascension pendant la déglutition. On constate, en la palpant, et son siége précis sur lequel nous avons précédemment insisté, et son indépendance du corps thyroïde. Elle est franchement fluctuante, ce qu'on reconnaît assez aisément en raison de la résistance relative des parties sur lesquelles elle repose. On n'observe pas qu'elle soit transparente, et il n'existe, en général, ni battements ni bruits de souffle à la surface. Quant aux téguments, ils sont ordinairement sains à son niveau.

De même que les néoplasmes analogues de la région du cou, ils ne donnent lieu à aucun trouble de l'état général.

Ils ont une marche lentement progressive, paraissent susceptibles de s'enflammer, mais non de guérir sans intervention. S'ils suppurent spontanément ou artificiellement, l'irritation dont ils sont le siège peut se propager au tissu sous-muqueux du larynx, et les pertuis vasculaires dont est creusée la membrane crico-thyroïdienne sont les agents probables de cette extension. C'est alors qu'apparaît le syndrome fâcheux de l'œdème de la glotte, et qu'on peut leur attribuer la terminaison fatale conséquente. De même ils deviennent tuberculeux, à l'instar de certains kystes d'autres régions, mais secondairement à la tuberculose laryngée, par la continuité qui résulte pour eux, dans certains cas, de l'existence des mêmes trous.

VII

Ces tumeurs ne provoquent guère, à leur état habituel, qu'une difformité supportable mais donnent lieu, par un développement exagéré, à des troubles dyspnéiques inquiétants. De plus, elles sont susceptibles de s'enflammer et, dans ce cas, peuvent amener les accidents graves dont nous avons parlé. En conséquence, leur pronostic sera toujours réservé.

Leur diagnostic comporte ces deux questions : 1o Y a-t-il

---

de son existence; les autres jetant un jour inattendu sur les habitudes de son temps. Ici, nous le voyons constater le petit nombre de remèdes efficaces, et, de suite après, déplorer le grand nombre de victimes faites par l'abus des remèdes (1). Et il invoque, à l'appui de son opinion, Harris (de Londres), le Belge Hotton, les Suisses Le Clerc, Manget et Chenaud, et Schrock, de Augsbourg, et son grand ami Lanzoni, de Ferrare. Ici (2) et puis là encore (3), nous le voyons repousser avec indignation l'emploi du quinquina dans les fièvres, comme ne pouvant convenir à Rome : « C'est à Rome que j'écris, moi, dit-il ; c'est au milieu de l'atmosphère romaine. Qu'ils disent donc tout ce qu'ils voudront, les fauteurs éternels du quinquina : dans d'autres pays, dans des villes différentes, ce médicament peut-être un remède souverain ; mais, à Rome, il est plein de dangers, je le sais par expérience, et je ne m'en sers jamais, ou très rarement du moins ». En revanche, la camomille obtient tous les suffrages de Baglivi (après le sel ammoniaque). « La camomille est le premier des fébrifuges ; c'est le remède infaillible (1). Il a guéri récemment, ajoute-t-il, une fièvre quarte », etc.

Et cependant c'est le même Baglivi qui a écrit cette page, si vraie encore de nos jours sur les idoles médicales, sur les opinions préconçues : « Souples esclaves, obéissant aux moindres signes de leurs frivoles divinités, les médecins ferment l'œil et l'oreille aux conseils de l'intelligence, comme à ceux de la nature (2), d'où il suit nécessairement que la droite raison n'étant point consultée, les résolutions ne sont plus que des conséquences d'opinions préconçues et arrêtées d'avance.

« Il y a beaucoup d'idoles de cette nature ; examinons seulement celles qui se présentent pour le moment à notre esprit.

(1) « Tyrones mei, quam, paucis, remediis curantur morbi ! Quamplures vita tollit remediorum farrago ! » (Edit. Pinel, t. I. p. 530).

(2) *De Praxi medicâ* (Edit. Pinel, t. I, p. 72).

(3) *De morborum successionibus* (t. I, p. 537).

(1) *Nunquam fallit, estque princeps omnium febrifugorum* (t. I, p. 538).

(2) J'emprunte la traduction de J. Boucher, p. 22.

kyste séreux? 2° Siége-t-il sur la membrane crico-thyroïdienne?

1° On ne pourrait guère prendre un abcès froid pour un kyste séreux, à moins de s'en tenir aux seuls signes fournis par l'examen physique : les commémoratifs et les données fournies par l'état spécial du sujet lèveraient facilement les doutes.

Les tumeurs du corps thyroïde seraient plus faciles à confondre en raison de leur forme, de leur mouvement ascensionnel pendant la déglutition; mais en s'informant de la place occupée tout d'abord par le néoplasme, en constatant, d'autre part, l'intégrité du corps tyroïde, on évitera toute erreur.

On distinguera les nœvi par leur siége sous-cutané ou cutané, leur mollesse, leur réductibilité et la coloration de la peau.

Les kystes sébacés occupent l'épaisseur même des téguments, ont en général un petit volume, et ne prêtent guère à la confusion.

Quant aux anévrysmes, ils seront différenciés par le souffle perçu à leur niveau, par leurs battements et leurs mouvements d'expansion.

Les adénopathies, et le lympho-sarcome en particulier, sont des tumeurs solides, dont le siége est tout différent des kystes crico-thyroïdiens. Leur marche ultérieure éclairerait, en tous cas, le diagnostic.

2° Il n'existe, dans la région médiane du cou, que deux productions kystiques :

a. — Les kystes *pré-thyroïdiens*, assez rares, exactement situés *sur le milieu du cartilage thyroïde avec lequel ils font corps*, différents par suite de la variété dont nous parlons.

b. — Les kystes *hyo-thyroïdiens*, sur lesquels Boyer a attiré l'attention; formant des tumeurs situées *au-dessous de la base de l'os hyoïde*, faciles aussi, en raison de cette situation, à différencier des nôtres.

VIII

Nous ne croyons pas, dans ces cas plutôt que dans les autres du même genre, à l'efficacité de moyens provoquant la résolution sans ouverture du kyste, tels que badigeonnages iodés, vésicatoires, emplâtres, etc.

Les procédés curateurs seront donc ici : la ponction simple, ou suivie d'injection iodée, l'incision et l'excision.

Mais, tout d'abord, y a-t-il lieu d'intervenir en tous cas? Nous ne le pensons pas, et, en raison des accidents graves qui peuvent être la conséquence d'une opération, nous conseillerions l'expectation, du moins tant que ni la respiration, ni la déglutition ne souffrent du fait du développement de la tumeur. Cette conduite, qui est également applicable aux autres kystes du cou, doit surtout être préconisée, lorsqu'il s'agit du kyste crico-thyroïdien, susceptible, lors d'inflammation, comme nous l'avons vu, de provoquer des accidents redoutables.

L'excision, l'incision et la cautérisation nous semblent à rejeter, du moins comme première tentative, et nous avons en l'expérience du danger de leur emploi.

Aussi devra-t-on leur préférer les ponctions faites avec le petit trocart de l'aspirateur, répétées s'il est nécessaire, dont on aidera l'effet par un peu de compression. Si cette méthode échouait, on serait alors autorisé à essayer des injections iodées.

Enfin, et seulement en cas de nécessité absolue, l'incision serait applicable. Quant à l'extirpation, nous la rejetons d'une manière absolue.

IX

Conclusions.

I. — Il existe dans la région antérieure et médiane du cou au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, une variété de tumeurs à contenu liquide, qu'en raison de cette situation spéciale, nous proposons de nommer *kystes crico-thyroïdiens.*

II. — Ces kystes peuvent, en de certains cas, communiquer avec la membrane de revêtement du larynx, par l'intermédiaire des trous vasculaires dont est creusé le ligament crico-thyroïdien, sur lequel ils reposent, ce qui donne à leur étude pathologique un caractère particulier.

III. — Ils peuvent être congénitaux.

IV. — Ils paraissent naître d'une sorte de bourse séreuse, formée accidentellement aux dépens du tissu cellulaire situé au devant de la membrane crico-thyroïdienne, analogues ainsi, quant à leur origine, aux kystes hyo-thyroïdiens déjà décrits.

V. — Ils donnent lieu, comme signe particulier, à une raucité variable de la voix, attribuable à la gêne éprouvée, du fait de leur présence, par le cartilage thyroïde, dans les mouvements que lui impriment les muscles crico-thyroïdiens.

« Une médication a bien réussi une fois ou deux : beaucoup de médecins, par cela seul, ou plutôt par suite d'une tendance naturelle à s'exagérer l'action des remèdes, ou même à leur prêter une action qu'ils n'ont pas, se laisseront aller de suite à faire de ce médicament une sorte de panacée suffisante pour combattre et pour vaincre toutes les maladies. Voilà ce qui fait que l'on voit des médecins prôner indistinctement contre toute espèce d'affections l'usage du lait ou du petit-lait; d'autres en font autant pour les remèdes spiritueux et diffusibles; ce sont les acides ou les alcalins qui ont toute la confiance de ceux-ci; ceux-là, au contraire, la donnent tout entière aux purgatifs et aux saignées. C'est ainsi que chacun d'eux, suivant son caractère particulier ou les jeunes impressions des commencements de sa pratique, s'arrête, pour ainsi dire, à ces médicaments ou à d'autres semblables, abandonnant follement ou méprisant tout le reste, malgré l'évidence d'une utilité longtemps éprouvée.

« Il y a une autre classe de médecins : ceux-là se laissent absorber par un principe de théorie ou de pratique qu'ils ont puisé dans les livres ou dans leur propre imagination; puis on les voit torturer la thérapeutique, plier de mille manières le traitement de chaque maladie, pour le tailler, s'il est permis de le dire, sur le patron de ce principe.

« Ce serait gratuitement perdre son temps que de passer en revue chacun de ces dogmes trompeurs; ils viendront d'eux-mêmes s'offrir à l'esprit de quiconque voudra réfléchir avec quelque soin sur la tendance et les travaux des médecins modernes, ces hommes auxquels il a suffi de deux choses, *examiner peu et juger sur rien*, pour renverser presque et pour détruire la pratique médicale toute entière. »

Quelle admirable peinture des rotations sur place de nos fakirs de la médecine!

(A suivre.) Dr Albertus.

Concours. — Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 31 mai 1886, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 27 avril 1886, et sera clos définitivement le 12 mai, à trois heures.

VI. — Ils déterminent, dans certaines conditions, des accidents graves, dont la raison semble donnée par leur continuité avec le larynx, à l'aide des pertuis vasculaires de la membrane crico-thyroïdienne.

VII. — Cette complication étant connue, l'intervention chirurgicale curetive ne sera tentée qu'en cas d'urgence absolue, et motivée par des troubles inquiétants de la respiration et de la déglutition.

VIII. — On donnera la préférence à la ponction suivie de compression, et s'il est nécessaire, à l'injection iodée, et on n'aura recours à l'incision que si ces tentatives restent infructueuses.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

Suite. — Voir le numéro précédent.

V. SUR L'ACTION HYPNOTIQUE DE L'URÉTHANE, par les docteurs HÜBNER et G. STICKER (Ibidem, n° 14). — VI. SUR LA « DITANA DIGITIFOLIA », LE « RHAMNUS ALATERNUS » ET LE « LIGUSTRUM VULGARE » (MODIFICATEURS DE LA SÉCRÉTION LACTÉE), par le docteur PROTA-GIURLEO (*Il Morgagni*, 2e partie, n° 44, p. 1885). — VII. INTOXICATION PAR LA COCAÏNE; EMPLOI DES INHALATIONS DE NITRITE D'AMYLE COMME CONTRE-POISON, par le docteur F. SCHILLING (*Munchner medic. Wochenschrift*, 1886, et *Medicinische-Chirurg. Rundschau*, 1886, n° 8, p. 288). — VIII. SUR LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DES PRÉPARATIONS DE COCA CHEZ LES ENFANTS, par le docteur R. POTT (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, t. XXIV, fasc. 1 et 2, p. 73, 1886.

V. Nous avons déjà rendu compte dans ce journal des premiers essais cliniques faits avec l'uréthane (éthyl-uréthane) employée comme narcotique. M. Sticker, assistant du professeur Riegel (de Giessen), a été un des premiers à vanter les bons résultats obtenus avec le nouveau narcotique. Le second article que vient de publier M. STICKER, en collaboration avec M. HÜBNER, est une réponse à quelques publications dans lesquelles avaient été mis en relief les inconvénients de l'uréthane. D'après les deux assistants de M. Riegel, ces inconvénients surviennent principalement quand on emploie des doses trop fortes; ainsi, il leur est arrivé de constater à maintes reprises que des malades, qui tombaient dans un sommeil profond après avoir pris 2 grammes d'uréthane, ne parvenaient pas à s'endormir lorsque, d'autres fois, on leur eut fait prendre le même médicament à la dose de 4 grammes.

Il est dit aussi, dans le travail que nous analysons, que les espérances qu'on avait fondées à la clinique de Riegel sur l'emploi du nouveau médicament dans le traitement du délirium tremens ne se sont pas réalisées.

Enfin, on a expérimenté, dans le service de M. Riegel, trois autres corps dérivés de l'uréthane : le méthyl-uréthane, l'éthylidenuréthane (combinaison qui prend naissance avec mise en liberté d'une certaine quantité d'eau, quand on fait agir l'un sur l'autre l'éthyl-uréthane et l'acétaldehyde), enfin le chloral-uréthane. Les deux premiers paraissent être sans valeur pour le thérapeutiste, le troisième a une action narcotique aussi prononcée que l'uréthane, mais il ne présente aucun avantage sur ce dernier.

VI. Au dernier Congrès des médecins italiens tenu à Pérouse, M. PROTA-GIURLEO a fait connaître le résultat de ses recherches sur trois médicaments modificateurs de la sécrétion lactée, la *ditana digitifolia*, le *rhamnus alaternus (nerprun)* et le *ligustrum vulgare* (troëne).

Il y a environ quinze ans que Prota-Giurleo avait reçu d'un pharmacien italien établi à Mexico des fleurs cueillies dans une forêt vierge, que l'expéditeur avait baptisées du nom de « ditana digitifolia », pour faire allusion à la forme des feuilles de la plante, qui rappelle assez bien la forme des doigts de la main de l'homme. Le médecin italien n'a pas pu constater les effets sialagogues et sudorifiques attribués à ces fleurs; par contre, ayant fait prendre une infusion de ces dernières à une femme qui nourrissait, il a constaté un accroissement notable de la sécrétion lactée, qui cessa avec l'administration du médicament, pour se reproduire lorsque la femme se fut remise à boire de la même infusion. D'autres observations ont fourni la preuve que les fleurs de la « ditana digitifolia » ne possèdent pas seulement la propriété d'activer la sécrétion des glandes mammaires, mais encore celle de rétablir cette sécrétion lorsqu'elle a été supprimée pour une cause ou pour une autre. M. Prota-Giurleo a produit trois observations probantes à l'appui de cette assertion; ainsi celle d'une dame de Naples, qui avait nourri ses deux premiers enfants et qui, faute d'une sécrétion suffisante des glandes mammaires, dût confier à une nourrice les deux rejetons qu'elle procréa dans la suite : deux mois avant de donner le jour à son cinquième enfant, elle fut soumise à l'administration du nouveau médicament. Aussitôt elle ressentit des fourmillements dans les mamelons, en même temps que les glandes mammaires, qui paraissaient atrophiées, se mirent à grossir et à devenir turgescentes. Après la délivrance, la sécrétion lactée s'établit dans les meilleures conditions; cette dame continuait de nourrir son enfant depuis cinq mois, à l'époque où M. Prota-Giurleo a fait sa communication au Congrès de Pérouse.

Le « ligustrum vulgare » et le « rhamnus alaternus » exercent sur la sécrétion lactée une influence inverse. M. Prota-Giurleo a rappelé qu'en 1844 un jardinier romain employait le « rhamnus alaternus » comme remède secret contre la malaria. Le remède administré à une femme qui était en train de nourrir ayant amené une suppression subite de la sécrétion lactée, le jardinier, pris de terreur, confia sa mésaventure au directeur de l'établissement auquel il était attaché. A l'époque où il se produisit, le fait fut relaté par différents journaux de médecine; il tomba ensuite dans l'oubli, sauf que le docteur G. Senni publia un certain nombre de cas de mastite avec galactorée, où l'emploi d'une infusion faible de feuilles de « rhamnus alaternus » coupa l'affection à ses débuts. Depuis plusieurs années, M. Prota-Giurleo a eu des occasions fréquentes de se convaincre de la réalité de cette action du « rhamnus alaternus » sur la sécrétion des glandes mammaires. En 1879, il a adressé une note à ce sujet à la Société de médecine de Bruxelles, qui chargea M. Stoquart de faire un rapport. Quinze mois plus tard, le rapporteur, en s'appuyant sur de nombreuses expériences, concluait à l'exactitude des faits annoncés par le médecin italien.

Depuis cette époque, M. Prota-Giurleo a reconnu que le « ligustrum vulgare » était doué des mêmes propriétés que le

« rhamnus alaternus ». Les propriétés pharmaco-dynamiques de ces deux plantes paraissent être identiques, quoique celles-ci appartiennent à des familles différentes : le rhamnus aux rhamnées, le ligustrum aux oléacées. M. Prota-Giurleo a fait préparer avec des feuilles du « ligustrum vulgare » un sirop, une teinture et un extrait; mais les meilleurs résultats ont été obtenus avec l'infusion des feuilles de la plante (3 grammes pour 120 grammes d'eau, à prendre en deux fois dans les vingt-quatre heures ; recommencer le lendemain).

VII. Avant de procéder à l'avulsion d'une dent chez une jeune dame qui était en état de grossesse avancée (septième mois), un dentiste de Munich avait injecté à la patiente, entre les gencives et l'alvéole de la dent malade, six gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 %, équivalant à 6 centigrammes de principe actif. Il avait eu recours précédemment à ce mode d'anesthésie, dans une cent quarantaine de cas, sans jamais avoir eu à déplorer le moindre accident. Mais voici que la femme en question, au moment où elle se préparait à quitter le cabinet du dentiste, présenta subitement une grande altération des traits du visage; au bout de quelques minutes, elle se plaignit de voir un nuage sombre devant les yeux. On lui fit prendre du café noir et des gouttes de Hoffmann, sans résultat. Elle perdit connaissance et tomba dans une insensibilité complète. On réussit cependant à lui faire avaler un peu de cognac. Deux injections d'éther ne furent suivies d'aucune amélioration. M. Schilling, qui se présenta par hasard dans le cabinet du dentiste, attribua les accidents survenus chez cette dame à une contraction des vaisseaux cérébraux, produite par la cocaïne, et il conseilla de recourir aux inhalations de nitrite d'amyle. On versa trois gouttes de ce liquide sur un linge qu'on plaça devant les narines de la malade. Après quelques inspirations, celle-ci s'écriait qu'elle voyait plus clair devant les yeux; en même temps sa face s'était injectée. L'examen ophthalmoscopique démontra que les vaisseaux du fond de l'oeil et principalement les artères étaient plus pâles et d'un calibre moindre qu'à l'état normal. Au bout de quatre minutes, on versa sur le linge maintenu devant les narines de la malade trois autres gouttes de nitrite d'amyle. La malade reprit connaissance; elle rentra chez elle, mangea de fort bon appétit et ne ressentit pas d'autres suites fâcheuses de son accident.

M. Schilling pense que l'emploi des inhalations de nitrite d'amyle, à titre d'antidote, dans les cas d'empoisonnement par la cocaïne, se recommande d'autant plus que dans le cas ci-dessus la malade, une fois tirée d'affaire, n'éprouva aucun des symptômes consécutifs (anorexie, insomnie, vomissements, faiblesse générale) qui ont été notés dans les mêmes circonstances. Il passe en revue les principales observations connues d'intoxication par la cocaïne et s'élève contre le conseil donné par Litten de recourir à l'emploi de la cocaïne chez les sujets en proie à l'asthénie nerveuse.

VIII. M. Pott a fait sur 50 enfants au-dessous de deux ans, en traitement à l'hôpital pour des affections très diverses, entérite, colite, gastro-entérite, choléra nostras, etc., des expériences cliniques, dans le but d'étudier la valeur thérapeutique des préparations de coca. Il a employé la teinture de coca, administrée par prises variant de 5 à 20 gouttes, suivant l'âge des petits malades. La médication était facilement acceptée des enfants. Elle n'a jamais entraîné de suites fâcheuses. Les résultats thérapeutiques ont été nuls chez les enfants atteints de quelque maladie de l'appareil respiratoire ou d'une affection convulsive. La médication a paru faire merveille dans les cas de choléra nostras; même quand les petits malades étaient déjà plongés dans le collapsus et qu'il y avait lieu de craindre un dénouement fatal à bref délai, l'administration de la teinture de coca à hautes doses les tirait rapidement d'affaire : au plus tard, au bout de vingt-quatre heures, l'emphorie avait fait suite au collapsus. Une fois que la quantité totale de teinture administrée atteignait 50 à 100 gouttes, la diarrhée et les vomissements s'arrêtaient, l'appétit renaissait et les enfants se trouvaient guéris. M. Pott affirme que la teinture de coca est un excellent stomachique, qui rend de bons services dans le traitement des diarrhées saisonnières, de la gastro-entérite et du catarrhe du gros intestin.

M. Pott a également obtenu des résultats très remarquables dans le traitement de la coqueluche, en badigeonnant le fond de l'arrière-gorge avec une solution de cocaïne à 8-10 0/0; les badigeonnages étaient répétés deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures; de même dans le traitement des angines simples.

D'autres expériences faites par M. Pott ont donné des résultats qui confirment ce que l'on savait déjà de l'action analgésiante locale de la cocaïne employée sous forme de badigeonnages à la surface des muqueuses ou d'injections sous-cutanées.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, par le docteur Lucien Carlet, un vol. in-8° de 252 pages. — Paris, O. Doin, éditeur.

Ainsi que nous le dit M. Carlet, une des questions les plus intéressantes de la gynécologie est l'étude des fibromes utérins qui constituent, on le sait, une des maladies les plus fréquentes des organes génitaux internes de la femme; d'après Bayle, ces affections existeraient chez un quart des femmes ayant dépassé trente-cinq ans; Klob va plus loin et prétend qu'elles existent chez quarante femmes sur cent qui atteignent l'âge adulte. Cette proportion nous semble exagérée; mais il ne nous répugne point pas d'admettre avec M. Carlet que, dans la pratique, on met souvent sur le compte de la *métrite chronique*, de *l'engorgement de l'utérus*, des *ulcérations du col*, de *l'antéflexion ou de l'antéversion*, et surtout de la *rétroflexion ou de la rétroversion*, des affections qui ne sont autre chose que des tumeurs fibreuses, le plus souvent interstitielles, peu développées, et par contre demandant, pour être diagnostiquées, une assez grande habitude du toucher vaginal et de l'hystérométrie. Ce qui frappe surtout dans l'étude des tumeurs fibreuses de l'utérus, c'est l'insuffisance, pour ne pas dire l'impuissance, de la plupart des moyens thérapeutiques : « C'est pourquoi, ayant été témoin des remarquables résultats obtenus au moyen de l'électricité par le docteur Apostoli dans la cure de ces tumeurs, et ayant été à même de constater *de visu* combien sa méthode constitue un grand progrès thérapeutique », M. Carlet a consacré une forte brochure à décrire ce nouveau mode de traitement et à

en développer le manuel opératoire, qui consiste essentiellement dans l'application à l'utérus d'un courant de pile continu et à l'état constant, sans aucune interruption pendant la séance.

Le siège de l'application est toujours intra-utérin et intéresse toute l'étendue de la muqueuse du canal utéro-cervical; l'électrode, construit en métal inattaquable de platine et sous la forme d'un hystéromètre ordinaire, est introduit dans toute la profondeur de la cavité utérine, la portion intra-vaginale étant isolée par un manchon de caoutchouc. Dans le cas où le col serait impénétrable et ne pourrait être atteint, MM. Apostoli et Carlet ne craignent pas de pénétrer dans l'utérus avec effraction, par une ponction suivie d'une galvano-caustique négative, destinée à faire une perte de substance durable, qui crée un canal artificiel. Le pôle actif intra-utérin sera positif dans tous les fibromes hémorrhagiques, ou qui s'accompagnent de leucorrhée rebelle; il sera négatif dans tous les cas contraires, et en particulier lorsqu'il y a une dysménorrhée intense ou une périmétrite additionnelle arrivée à sa période chronique, après la disparition de tout état aigu. Ce dernier pôle paraît activer la régression utérine plus rapidement que le précédent; il provoque souvent au début de son application des hémorrhagies salutaires que le pôle positif est ensuite destiné à réprimer, si elles se prolongent trop longtemps. La même malade pourra successivement présenter l'indication des deux pôles, suivant la symptomatologie variable qu'elle offrira. L'intensité dépensée dans le circuit sera la plus forte possible et atteindra au besoin 100 milli-ampères. Les cas d'intolérances aux hautes doses sont rares et peuvent cliniquement se ranger sous trois chefs : 1o hystérie aiguë; 2o entérite glaireuse; 3o périmétrite aiguë avec fièvre. L'opérateur aura tout intérêt à n'atteindre le maximum que progressivement en une ou deux séances. Les grandes intensités sont principalement réclamées chez les utérus très profonds et dans les métrorrhagies rebelles.

La durée de l'application devra être aussi grande que la malade pourra la supporter : cinq à huit minutes, et quelquefois dix, seront, en général, suffisantes pour donner à une cautérisation toute son intensité et son efficacité. Le nombre des séances sera aussi variable que l'est la maladie elle-même; de 4 à 5 peuvent donner un bien-être durable, mais de 20 à 30 sont nécessaires, dans la moyenne des cas, pour assurer une régression utérine manifeste et donner à la malade une restauration, qui tient lieu de guérison. Le moment de l'intervention importe peu pour la cure des fibromes non hémorrhagiques, pourvu qu'il soit inter-menstruel; s'il est hémorrhagique, il y a indication d'opérer, même en pleine perte. Le traitement exige une à deux séances par semaine. On activera l'opération le plus possible, en augmentant l'intensité électrique et, par suite, la cautérisation du pôle intra-utérin; tous les efforts du médecin doivent tendre à rendre l'autre pôle indifférent ou inactif, en supprimant à son endroit et la douleur et la cautérisation. La terre glaise, proposée pour la première fois en 1882 par le docteur Apostoli, remplit très bien ce but, nous dit M. Carlet, en augmentant la surface de cet électrode et en diminuant au minimum la résistance de la peau. Toute la technique opératoire se résumerait dans une bonne hystérométrie, l'opération n'étant elle-même qu'une sorte d'hystérométrie thérapeutique, où toute action traumatique doit disparaître, pour ne laisser subsister qu'une action *électro-chimique* au plus haut degré.

Les malades devront, après chaque opération, se reposer de une à plusieurs heures. Elles doivent, en outre, cesser toute relation conjugale pendant le traitement. Toutes les objections que l'on peut faire contre le traitement sont, d'après M. Carlet, plus spécieuses que bien fondées ; une seule méritera, dit-il, un contrôle ultérieur : c'est l'influence sur la stérilité. 118 observations, soigneusement contrôlées jusqu'à ce jour, prouveraient manifestement en faveur de l'innocuité absolue de la méthode. Malheureusement, la galvano-caustique intra-utérine n'amène qu'une régression rapide des fibromes, mais non leur disparition totale. Cependant, en supprimant les métrorrhagies, elle assure à l'opérée un bien-être souvent durable. On voit donc, si l'on considère ces résultats, que de toutes les méthodes électriques appliquées au traitement des fibromes, la méthode du docteur Apostoli serait préférable à celles qui ont été employées jusqu'ici.

Le travail de M. Lucien Carlet s'appuie sur 58 observations toutes recueillies à la clinique du docteur Apostoli. Il est à désirer que la pratique des autres gynécologistes vienne bientôt confirmer les brillantes promesses de cette application de l'électricité.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

L'anesthésie par les mélanges titrés. — L'appareil du docteur Raphaël Dubois.

Le chloroforme n'a jamais passé pour un médicament inoffensif et son emploi dans les hôpitaux, pour les opérations chirurgicales, ne s'est pas généralisé sans que plusieurs tentatives aient été faites pour le régulariser au même titre que l'emploi des autres agents thérapeutiques plus ou moins toxiques. Ces tentatives sont restées, pour la plupart, complètement infructueuses, à tel point que beaucoup de chirurgiens administrent encore le précieux anesthésique pour ainsi dire « *à même la bouteille* », quittes à exercer sur le patient une surveillance très active et à adopter maintes petites précautions empiriques dans le mode d'administration, précautions si variables que leur valeur ne saurait inspirer qu'une confiance médiocre.

On a vu poindre une amélioration de cet état de choses le jour où les recherches du docteur Paul Bert vinrent démontrer que, pour le chloroforme, aussi bien que pour le protoxyde d'azote, l'action physiologique et l'activité toxique sont intimement liées à l'état de tension du gaz ou de la vapeur anesthésique dans leur mélange avec l'air.

D'après les très nombreuses expériences faites sur des chiens au laboratoire de physiologie de la Sorbonne, il fut démontré que le chloroforme le plus pur n'est pas sans danger lorsque la tension de sa vapeur dépasse un certain degré. Or, cette tension peut varier, sous des influences en apparence insignifiantes, dans des limites considérables, et ces influences ne sont évitées qu'en partie par l'habileté des chirurgiens expérimentés dans le maniement de la compresse ou du cornet anesthésique et dans la surveillance de l'opéré.

Les expériences de M. Paul Bert démontrèrent encore que, si une certaine tension de vapeur de chloroforme dans le mélange inspiré est nécessaire pour produire assez rapidement une anesthésie complète, une tension beaucoup moindre et,

par conséquent, moins dangereuse, suffit pour entretenir l'anesthésie une fois commencée. Tous les chirurgiens connaissaient plus ou moins vaguement ce dernier fait, mais il s'agissait de le préciser.

Or, l'expérience clinique a démontré, conformément aux prévisions de M. Paul Bert, qu'il y a grand avantage à commencer l'anesthésie avec un mélange de 10 grammes pour 100 litres que l'on porte à 8 pour 100 quand l'anesthésie est confirmée; puis, très rapidement, l'on peut administrer un mélange à 6 pour 100 jusqu'à la fin de l'opération. Cette méthode permet de *diminuer* les dangers de l'anesthésie par le chloroforme en même temps qu'elle en accroît les avantages.

En effet, les observations recueillies pendant deux ans à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Péan, par M. le docteur Aubeau, ont permis à ce dernier de formuler les conclusions suivantes communiquées à la Société de biologie :

« 1o La dose de chloroforme (8 pour 100) étant une dose minima pour la majorité des individus, les phénomènes d'irritation locale des muqueuses nasale, buccale, pharyngienne et laryngienne (toux, spasme, suffocation), faisant défaut par l'emploi des mélanges titrés, la syncope convulsive du début ne nous semble plus à craindre ;

« 2o La période d'excitation étant supprimée ou considérablement atténuée, sauf chez les alcooliques, le danger de la syncope convulsive de la période d'excitation paraît écarté ;

« 3o L'emploi d'une dose minima de chloroforme et l'absence de dépression nerveuse doivent rassurer sur la probabilité d'une syncope adynamique.

« Toutefois, comme il est impossible de prévoir à l'avance jusqu'où ira la dépression nerveuse chloroformique chez certains sujets déjà débilités; comme cette dépression est variable suivant les individus; comme à cette dépression peut s'ajouter celle d'un *choc chirurgical* excessif, il importe de faire des réserves et de ne jamais s'écarter des obligations de prudence et de surveillance. »

Mais la diffusion de l'emploi des mélanges titrés ne pouvait se faire sans la création d'un appareil simple, portatif et relativement peu coûteux destiné à appliquer cliniquement les découvertes du laboratoire.

Cette lacune a été récemment comblée par le docteur Raphaël Dubois, préparateur du laboratoire de M. Paul Bert. M. Dubois a imaginé une machine à anesthésier dont la forme et les dimensions rappellent celles d'un tambour d'infanterie. Cette machine permet d'employer des mélanges exactement titrés et de passer facilement d'un titre à l'autre. Son maniement se fait au moyen d'une manivelle que l'on tourne lentement pendant la durée de l'opération et qui peut être confiée au premier aide venu.

L'embouchure d'inhalation possède deux formes différentes, selon que le mélange anesthésique doit être conduit aux orifices externes des voies respiratoires, ou dans les profondeurs des cavités buccale et naso-pharyngienne, comme cela se pratique dans les opérations portant sur les parties externes ou profondes de la face. L'air chloroformé titré est porté aussi loin que l'on veut au moyen d'un tube de métal spécial qui accompagne chaque appareil et peut, en même temps, jouer le rôle d'abaisse-langue et d'écarteur des mâchoires. Un masque inhalateur très ingénieux accompagne chaque appareil.

La machine du docteur Raphael Dubois est appelée à rendre de grands services dans les hôpitaux et dans les ambulances. Elle présentera aux praticiens de la ville et de la campagne cet avantage considérable de les dispenser d'appeler à leur aide un confrère pour la plupart des opérations.

L. M.

REVUE DES THÈSES

Pathologie mentale

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU NON-RESTRAINT, par le docteur MANUEL TAGLE Y ALFONSO. — Ad. Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1885.

On donne, comme on sait, le nom de *non restraint* (non contrainte) à l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie. Ces moyens, employés autrefois communément dans les asiles d'aliénés, ont peu à peu disparu, grâce aux efforts et à l'impulsion de Pinel, Conolly, Samuel Tuke, Guislain, etc., et on ne fait plus guère usage aujourd'hui, dans les cas nécessaires, que de la seule camisole de force. Tout le monde est donc d'accord, à l'heure actuelle, pour désapprouver et proscrire les moyens de coercition, et par conséquent les aliénistes ne se divisent plus, comme on le croit et le dit à tort M. Tagle, en partisans du *restraint* et en partisans du *non restraint*.

Le seul point sur lequel les avis diffèrent encore, c'est sur le maintien ou la suppression de la camisole de force. Tandis que la majorité des aliénistes considérant cet instrument, qui n'a d'effrayant que le nom, comme une ressource précieuse et inoffensive dans certains cas déterminés, n'hésitent pas à y avoir recours dans l'intérêt même du malade et de son traitement, quelques-uns, assez rares d'ailleurs, la proscrivent d'une façon complète. Mais comme, en somme, il est parfois absolument nécessaire d'empêcher l'aliéné de se faire mal et de faire mal aux autres, ils substituent à l'emploi de la camisole ce qu'ils appellent la séclusion, c'est-à-dire la mise en cellule, et la contention par les bras des gardiens. M. Tagle est partisan de ce dernier système, et c'est à son exposition et à sa défense qu'il consacre sa thèse. Jusque-là rien de mieux, et on ne peut que le louer d'avoir défendu son opinion avec énergie et conviction. Mais la méthode qu'il préconise s'éloigne-t-elle assez de l'autre, flétrie par lui du nom de *restraint*, pour mériter véritablement l'appellation de *non restraint?* Il est permis d'en douter, car les deux systèmes, absolument d'accord sur la nécessité pour les aliénés de la séquestration, des asiles fermés et clos de murs, des serrures sans clef, de la chambre d'isolement ou cellule, etc., c'est-à-dire de tout ce qui constitue le *restraint* au sens propre du mot, ne se séparent que sur ce point particulier et de détail de la proscription ou du maintien de la camisole de force.

Ces expressions de *restraint* et de *non restraint*, d'un sens obscur et trompeur, ne peuvent donc plus servir à distinguer les uns des autres les partisans du maintien et de la suppression de la camisole de force; si tant est qu'elles doivent rester dans le langage médical, il serait plus légitime et plus exact de les appliquer, l'une, celle de non restraint, à la méthode nouvelle et véritablement radicale de traitement qu'on appelle le système des *asiles à portes ouvertes* (le mot dit assez la chose), qui fonctionne déjà dans certains pays, notamment en Écosse ; l'autre, celle de restraint, au système traditionnel des asiles à portes fermées, pratiqué encore par la presque totalité des aliénistes, qu'ils soient ou non partisans de la ca-

misole de force. Car, en admettant même que M. Tagle et ses confrères représentent pour nous le *non restraint*, il est bien plus évident encore qu'ils représentent le *restraint* pour les novateurs écossais.

An fond, il n'y a là qu'une guerre de mots. Ce qu'il faut reconnaître avant tout, c'est que les aliénistes de tous les pays sont aujourd'hui d'accord pour améliorer et adoucir autant que possible la condition matérielle et morale de leurs malades, et que les essais qui sont tentés à cet égard, en attendant que le temps se soit prononcé sur leur valeur et sur la possibilité de leur application, constituent la preuve la plus évidente de cette tendance philanthropique et humanitaire.

Dr E. Régis.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Cours sur les eaux minérales naturelles. — Leçon faite à l'hôpital de la Pitié par le docteur Audhoui, médecin des hôpitaux de Paris.

De l'avis unanime des médecins, le fer est le remède pour ainsi dire spécifique de la *chlorose;* mais ce n'est pas seulement dans cette maladie qu'il constitue le médicament de choix; c'est encore dans un grand nombre d'anémies communes qui accompagnent ou suivent d'autres états morbides. La démonstration de cette vérité clinique vient d'être faite *ex professo* par le docteur Audhoui dans ses leçons sur les eaux minérales naturelles qu'il vient de donner à l'hôpital de la Pitié.

Le docteur Audhoui a insisté avec raison sur la manière de traiter l'*affaiblissement simple de l'organisme* qui peut être poursuivie près de la plupart des établissements thermaux bien aménagés, mais qui pourra seulement être obtenue par les eaux ferrugineuses naturelles dans les cas si fréquents, où l'affaiblissement se complique d'*anémie*.

« J'ai traité, a dit le savant thérapeutiste, des eaux minérales naturelles ferrugineuses en général; je vous dois maintenant quelques exemples : or, parmi nos eaux françaises, il n'y en a pas de supérieure à l'eau d'Orezza. La voici dans ce verre: elle est limpide, gazeuse, inodore, acidule et sans saveur atramentaire. Vous savez qu'elle n'altère pas la couleur du vin, qu'elle est très digestible, qu'elle contient un poids assez élevé (0 gr. 13) de fer carbonaté saturé. »

Le docteur Audhoui rappelle ici l'action du fer mise en lumière par les recherches modernes. « Vous savez, dit-il, que sous l'influence des compositions martiales, la quantité des matières colorantes accumulées dans les hématies s'accroît et que chaque globule contient une proportion plus forte de fer. Vous n'ignorez pas que cette accumulation a l'influence la plus étendue: en traversant les poumons, les globules rouges surchargés de fer fixent une quantité plus élevée d'oxygène et le sang artériel, très oxygéné, surexcite l'activité nutritive altérante dans toutes les parties de l'organisme. »

Si le fer modifie le sang, il excite aussi les fonctions digestives; il rend la chymification plus parfaite et force par conséquent l'absorption. Mais, en même temps, il restreint les excrétions, échauffe et engendre une pléthore relative. Pour éviter ce défaut de concordance entre les fonctions d'absorption et d'excrétion, il y a un moyen très simple, c'est de substituer toujours aux préparations médicamenteuses les eaux martiales naturelles dont celles d'Orezza forment le type. Voici comment s'exprime à ce sujet le médecin de la Pitié:

« Nous pouvons fixer maintenant le principe actif des eaux minérales naturelles ferrugineuses, autrement dit de la solution naturelle du protoxyde de fer carbonaté saturé dans une eau chargée d'acide carbonique et le fer. Trois corps représentent ce principe actif: l'eau fraîche, l'acide carbonique et le fer; de là résulte qu'elles sont, en même temps qu'hématosiques, rafraîchissantes et diurétiques. Elles corrigent en quelque sorte une partie de l'action du fer sur les excrétions en le rendant aussi plus digestible et plus aisément absorbable. Leur action rafraîchissante, en ramenant la peau à des conditions plus naturelles, peut aussi favoriser directement l'excrétion cutanée. »

Si les eaux ferrugineuses sont si précieuses dans les anémies de nos climats, on peut dire qu'elles deviennent indispensables pour combattre la diminution de l'hémoglobine ou les autres altérations globulaires qui surviennent si souvent dans les *pays chauds*, soit chez les indigènes, soit surtout chez les étrangers. Le docteur Audhoui déclare que l'eau d'Orezza transportée est des plus efficaces, non seulement dans les anémies de débilitation générale et de convalescence, mais encore, comme l'a prouvé le docteur Ardouin, dans cette anémie qui « coexiste avec une maladie aiguë prolongée ou quelque maladie chronique et forme ces états morbides compliqués que nous pouvons aujourd'hui observer fréquemment. » Il n'y a même pas de doute que les Européens échapperaient à la plupart des maladies de langueur des colonies, s'ils avaient l'habitude de faire usage d'une eau martiale apéritive et tonique.

Le docteur Audhoui ne pouvait omettre de signaler les *fièvres palustres* que l'on traite depuis si longtemps en Corse par les eaux ferrugineuses. Les malheureux fébricitants, tombés dans un état de faiblesse extrême, avec de l'œdème et de l'engorgement des organes abdominaux, se retirent des eaux d'Orezza dans un état des plus satisfaisants, avec un bon appétit et des digestions faciles. Ces effets peuvent s'expliquer scientifiquement; car, si l'on n'est pas encore fixé sur la nature exacte du parasite de la fièvre palustre, on sait du moins, par les travaux de Marchiafava et Celli, que l'altération fondamentale consiste dans une lésion nutritive des globules rouges du sang, lésion que le fer seul peut corriger.

Il est admis aujourd'hui que l'eau seule est le véhicule des germes des maladies infectieuses, bacilles de la fièvre typhoïde, micrococques de la dysenterie, bactéries du choléra et de la fièvre jaune; on supprime la cause et par conséquent la maladie en remplaçant les eaux malsaines et morbigènes par les eaux minérales naturelles, et surtout par le groupe des ferrugineuses qui, non seulement sont exemptes de microbes, mais encore sont reconstituantes au premier chef.

NOTES & INFORMATIONS

L'Exposition d'hygiène urbaine. — Le Comité d'organisation s'est réuni dimanche dernier dans le local de l'Exposition, à la caserne Lobau, sous la présidence de M. Gariel, président de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. L'Exposition aura un caractère absolument scientifique et technique. Parmi les exposants inscrits figurent les villes de Paris, du Havre, de Reims, de Nancy, de Pau, de Bruxelles, etc., la préfecture de police, le laboratoire municipal, l'Assistance publique, le laboratoire de M. Pasteur, etc. Des conférences, sur divers sujets d'hygiène, seront faites pendant la durée de l'Exposition, dont l'ouverture reste toujours fixée au lundi 3 mai.

— A propos de la note insérée dans le précédent numéro sur une tentative d'exploitation des médecins hydrologues par

un journal de médecine, la Société d'hydrologie de Paris a déclaré, dans sa dernière séance, par l'organe de son président, « remercier la presse médicale d'avoir relevé ce qu'il y a d'injurieux dans ce procédé pour les médecins exerçant près les Eaux minérales, et s'associer à la protestation. »

— LE CHOLÉRA EN ITALIE. — Le choléra s'est déjà montré sur plusieurs points de la péninsule, mais depuis quelques jours il semble constituer un foyer plus sérieux à Brindisi et aux environs de ce port. S'agit-il, comme quelques-uns l'avancent, d'une importation nouvelle de la maladie par un navire venant de l'Inde ? La contamination de Brindisi vient-elle de l'intérieur ? A-t-on en affaire à une reviviflcation des germes de la dernière épidémie ? On peut discuter ces divers points, mais, en attendant, il faut songer à protéger nos ports, d'autant mieux que les travaux d'assainissement de nos deux grands ports de la Méditerranée en sont encore à la période embryonnaire des demandes de crédits. On ne peut donc qu'applaudir à la décision prise en date du 19 avril dernier, et d'après laquelle les provenances de Brindisi et des environs sont soumises, dans les ports français du littoral de la Méditerranée, à une observation de trois jours, et celles des autres ports de l'Italie à une observation de vingt-quatre heures. Dans les ports de l'Océan et de la Manche, les provenances de l'Italie sont respectivement soumises : celles de Brindisi et des environs à une observation de vingt-quatre heures et les autres une visite médicale.

— M. Henry Liouville a déposé sur le bureau de la Chambre des députés, dans la séance du 21 avril, une proposition de loi ayant pour objet la création d'hospices cantonaux et d'instituts-annexes spéciaux de vaccinations (humaine et animale), et d'inoculations destinées à combattre les maladies transmissibles.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le docteur AUSTIN FLINT, emporté par une attaque d'apoplexie le 13 mars dernier, était un des plus remarquables représentants de la médecine aux Etats-Unis. Né en 1812 à Petersham, petite ville près de Boston, il fit ses études au célèbre « Harvard College », université américaine créée sur le modèle de celles d'Oxford et de Cambridge. Reçu docteur en 1833, il exerça la médecine, d'abord comme praticien, puis comme professeur, successivement à Boston, à Buffalo, à Chicago, à Louisville et à la Nouvelle-Orléans. En 1861, il fut nommé professeur de clinique médicale au collège attaché à l'hôpital de Bellevue, la plus importante Ecole de médecine de New-York, où il remplit ces fonctions avec la plus haute autorité jusqu'à sa mort.

A. Flint fut un des fondateurs de « l'American medical Association », société d'autant plus importante qu'elle exerça une influence considérable dans la réglementation et la législation des études et de la pratique médicale en Amérique, lesquelles étaient jusqu'alors dans l'anarchie la plus complète.

Flint suggéra à la première assemblée de l'Association médicale tenue à Philadelphie de proposer aux différents Etats de l'Union la création de lois facilitant les études anatomiques dans les diverses écoles de médecine, études rendues presque impossibles par la difficulté de se procurer des cadavres. Le succès couronna ses efforts.

En 1883, le docteur Flint fut élu président de l'Association; enfin, c'était lui qui avait été nommé et qui avait accepté la présidence du Congrès international devant être réuni en 1887 à Washington. Nul n'était plus digne de cet honneur, ni plus apte à préparer le succès de cette réunion des médecins de l'univers entier.

Flint a beaucoup écrit ; on doit citer son « Essai sur la percussion et l'auscultation », son travail « sur les bruits cardiaques physiologiques et pathologiques » qui valut à son auteur le prix de l'Association.

Le « Traité des principes et de la pratique médicale » de Flint a eu de nombreuses éditions. C'est un livre classique, aussi remarquable par le style que par l'érudition.

Flint, à l'exemple des professeurs Fordyce Barker, A. Sayre, Bigelow et Richardson, venait souvent en Europe ; il prit part aux Congrès de Londres et de Copenhague ; il devait même prononcer cette année-ci le discours d'ouverture de la section de médecine au Congrès britannique qui se réunira en août à Brighton. C'est dans toute l'activité de sa vie de savant, de professeur et de médecin que la mort est venue le frapper.

A cette nouvelle, on peut dire que le corps médical américain a pris le deuil, et nous rendons ici hommage à ce maître que nous avons eu le privilège de connaître personnellement et d'apprécier à sa haute valeur.

D[r] DE VALCOURT,
Médecin à Cannes.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort du docteur Thorens, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire général de la Société de médecine de Paris, membre du Comité directeur de l'Association générale d'Alsace-Lorraine, qui vient de succomber à l'âge de quarante et un ans. Thorens, au sein de la Société de médecine, où nous l'avons connu, était entouré de la sympathie et de l'estime de tous ses collègues.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Charcot, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris, est dispensé, du 1[er] avril au 31 octobre 1886, du service des examens.

— Un congé pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886 est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Guyon, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris.

— M. Richelot, agrégé, est chargé, pour le 2e semestre de l'année scolaire 1885-1886, d'un cours de pathologie externe.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. le docteur X. Delore a donné sa démission de professeur adjoint. En cette qualité, il faisait un cours complémentaire d'accouchements.

***

— Par décret, en date du 19 avril 1886, ont été promus dans le service de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé : les médecins en chef MM. Barthélemy (Antoine), Dugé de Bernonville (François).

Au grade de médecin en chef : les médecins principaux, MM. Bourru (Joseph-Henri), médecin professeur, Monin (Charles-Eustache), Talairach (Paul-François).

Au grade de médecin principal : les médecins de 1re classe, MM. Manson (Louis-François), Kermorgan (Alexandre-Marie).

***

— L'Association des médecins de la Seine a tenu, comme nous l'avions annoncé, son Assemblée générale annuelle dimanche dernier. Il ressort du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1885, que l'Association a distribué 30,600 fr. en secours à 2 sociétaires et à 45 veuves ou enfants de sociétaires, et 2,975 fr. à 22 personnes étrangères à l'Association. Elle a servi en outre une pension viagère de 1,200 fr.

— Les séances du quatrième congrès de la Société française d'ophthalmologie auront lieu dans le local de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, le mardi 27 avril et jours suivants, à neuf heures du matin.

BANQUET ANNUEL DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 1er mai, à sept heures un quart, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence du professeur Brouardel. Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour « les internes en exercice ») pourra être versé dans les hôpitaux entre les mains de l'interne en médecine « économe » de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, 23, rue Saint-Georges ; Bottentuit, 56, rue de Londres, et Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 11 AU SAMEDI 17 AVRIL 1886

Fièvre typhoïde 10. — Variole 7. — Rougeole 26. — Scarlatine 7. — Coqueluche 22. — Diphtérie, croup 54. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 9. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 39. — Phthisie pulmonaire 226. — Autres tuberculoses 35. — Autres affections générales 79. — Malformation et débilité des âges extrêmes 54. — Bronchite aiguë 36. — Pneumonie 110. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 49. — au sein et mixte 20. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 77. — de l'appareil circulatoire 77. — de l'appareil respiratoire 89. — de l'appareil digestif 44. — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 32. — Causes non classées 16. — Total de la semaine : 1167 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Le mécanisme des osselets de l'oreille et de la membrane du tympan, par le professeur Helmholtz, traduit par le docteur Rattel, in-8 avec 12 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le corps et l'esprit, action du moral et de l'imagination sur le physique, par le docteur Hack Tuke, ancien président de la Société médico-psychologique de Londres, traduit de l'anglais par Victor Parant, directeur-médecin de la Maison de santé de Toulouse. Un volume in-8 de 412 pages, avec 2 planches. — Prix : 6 francs. — Paris, 1886, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traité de paléontologie, par Zittel (Karl), professeur à l'Université de Munich, et Schimper (Ch.), professeur à l'Université de Strasbourg, traduit de l'allemand par Ch. Barrois, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lille. Trois gros volumes grand in-8 de 700 à 800 pages chacun, avec 1800 figures dans le texte.

Tome Ier — Paléozoologie. Un vol. in-8 de 770 pages, avec 563 figures dans le texte est en vente — Prix : 37 fr. 50.

Tome IIe Paléozoologie (fin) ; Tome IIIe Paléobotanique. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La scrofule et les bains de mer, par le docteur C. Van Merris, médecin principal de l'armée, médecin en chef de l'hôpital militaire de Dunkerque (*Ouvrage couronné par l'Académie de médecine*). Un volume grand in-8 de 648 pages, avec cartes et plans. Prix : 10 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 18 1er MAI 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

HYDRO-HÉMATOCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE. — DÉCORTICATION ET EXCISION DES FAUSSES MEMBRANES. — GUÉRISON, par M. POLAILLON, Chirurgien de la Pitié, Agrégé libre, Membre de l'Académie de médecine. (Observation recueillie par M. BUREAU, interne de service.

Le 27 janvier 1886, entre dans mon service de l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 14, le nommé P... (Théodore), pour une tumeur du scrotum.

Il s'agit d'un homme encore très vigoureux, malgré ses cinquante-sept ans. Il exerce une profession sédentaire, celle de cordonnier. Dans ses antécédents morbides, on ne trouve qu'une pneumonie qu'il contracta à l'âge de dix-sept ans. Il n'eut jamais ni blennorrhagie, ni orchite. Il est marié et père de trois enfants.

Une hydrocèle de la tunique vaginale gauche commença à se développer, il y a environ cinq ans. Depuis cette époque, sans contusion, sans traumatisme reconnu, sans cause appréciable, notre homme s'aperçut que le côté gauche du scrotum augmentait progressivement de volume. Il y a six mois, il avait atteint une grosseur égale à celle du poing. Cette tumeur était, d'ailleurs, indolente et ne produisait qu'une gêne assez considérable pendant la marche. Mais le patient n'en souffrait guère, puisque sa profession lui permettait un repos relatif.

La suite de cette observation démontrera que l'hydrocèle primitive s'était compliquée de vaginalite avec production de fausses membranes vasculaires. Sous l'influence des pressions et des contusions inaperçues que subit toujours le scrotum pendant la marche et pendant l'exercice d'une profession, même sédentaire, ces fausses membranes s'épaissirent par l'addition de nouvelles couches, et le scrotum augmenta de plus en plus de volume par l'accroissement de l'épanchement intra-vaginal. On avait dès lors affaire à une *hydro-hématocèle de la tunique vaginale*.

Le 25 janvier dernier, en faisant un violent effort pour déboucher une bouteille, Théodore P... éprouve tout à coup une vive douleur dans les bourses avec une sensation de craquement, puis il voit subitement sa tumeur scrotale doubler de volume. Un quart d'heure après cet accident, il remarque que la peau des bourses devient rouge violacée. Il se met alors au lit et se fait transporter le surlendemain à la Pitié.

Le 27 janvier, le scrotum a le volume d'une tête de fœtus à terme. La peau présente une vaste ecchymose, plus marquée du côté gauche que du côté droit. La douleur est assez vive quand on comprime la tumeur. Celle-ci est fluctuante, non

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Mars-avril 1886.

Le couronnement de l'œuvre de M. Pasteur par une innovation dans la police sanitaire, au moins pour la France. — La surabondance des thèses de médecine. — Besoin d'un résumé annuel de l'ensemble des dissertations inaugurales. — La mort des jeunes. — La mort des vieux. — Bouchardat et Varrentrapp. — Edouard Fournié. — La tyrannie du microbe aux prises avec la médecine d'observation.

Nous assistons depuis tantôt deux mois à un immense concert d'éloges, presque sans note discordante, en l'honneur de M. Pasteur, et nous y avons des premiers mêlé nos voix. Comment ne pas admirer cet enthousiasme cosmopolite, ce merveilleux mouvement qui, en quelques semaines, a permis d'atteindre par souscription le chiffre de près d'un million de francs pour la création et l'entretien de cet Institut d'un nouveau genre, que la reconnaissance publique a appelé comme d'instinct Institut-Pasteur.

Et cependant nous ne sommes pas encore satisfaits, tant les conquêtes scientifiques récentes nous ont rendus exigeants. Il est un nouveau service que l'humanité est en droit d'attendre des découvertes de M. Pasteur, bienfait bien plus grand encore que celui d'avoir créé l'Institut. C'est celui de rendre cet Institut inutile. Oui, inutile, ou peu s'en faudrait. Il suffirait pour cela d'étendre à tous les chiens les bienfaits que rend l'inoculation antirabique aux hommes mordus par les chiens enragés. C'est la substition, à la méthode actuelle, de la méthode vraiment prophylactique, qui comblerait tous nos vœux.

Qu'on édicte donc la vaccination obligatoire pour les chiens. On attaquerait ainsi le mal à sa source. Tout chien devrait être inoculé contre la rage. On pourrait confier aux vétérinaires chargés de pratiquer cette vaccination le soin de marquer chaque chien vacciné d'un signe facilement visible et autant que possible indélébile (soit par une petite cautérisation au fer rouge, par exemple, soit à l'aide de l'empreinte d'un cachet spécial sur une région, toujours la même). La police, et même tout citoyen, devrait signaler, sinon être obligé d'abattre tout chien qui ne porterait pas le signe de la vaccination. Mais qu'importent les détails dans la mise en œuvre

transparente. La palpation me fait reconnaître que le testicule gauche est situé à la partie supérieure et externe de l'ovoïde formé par la vaginale distendue et épaissie. Le testicule droit se distingue très facilement. Les cordons des deux côtés paraissent normaux.

Il est évident que, sous l'influence de l'effort signalé par le malade, et peut-être aussi sous l'influence de la pression du scrotum entre les cuisses pendant l'action de déboucher une bouteille, les vaisseaux des fausses membranes de l'hématocèle se sont rompus, et que le sang s'est épanché à la fois dans la cavité vaginale et dans les tuniques du scrotum. Ainsi s'expliquent l'accroissement subit de la tumeur et l'apparition de l'ecchymose quelques instants après.

Le repos au lit, l'élévation du scrotum par un coussin, les applications de cataplasmes et de compresses résolutives, amenèrent en quelques jours la disparition de l'ecchymose et la diminution de la tumeur. Mais il fallait préserver notre malade contre le retour de pareils accidents; il fallait surtout le délivrer d'une affection gênante qui ne pouvait que s'aggraver. La décortication du testicule avec l'excision de la tunique vaginale épaissie me parut tout à fait indiquée. Cette opération fut pratiquée le 6 février.

Chloroformisation. Incision longitudinale avec le thermo-cautère sur la peau du scrotum un peu à gauche de la ligne médiane. Cette incision mesure dix centimètres environ. Elle permet de disséquer, avec le thermo-cautère, les tuniques scrotales externes, et de les séparer de la vaginale épaissie par les néo-membranes jusqu'au voisinage de la racine des bourses où se rencontre le testicule gauche.

La tunique vaginale étant incisée, on voit un flot de liquide couleur marc de café et de volumineux caillots faire irruption. En nettoyant la cavité vaginale, je trouve qu'elle communique avec une autre cavité creusée dans les fausses membranes elles-mêmes et remplie de caillots qui ressemblent au raisiné d'un foyer apoplectique. L'orifice qui établit une communication entre les deux cavités admet le pouce et a un contour déchiqueté. Le volume de la cavité vaginale peut être évalué à celui d'une grosse orange. La cavité surajoutée est de moitié plus petite.

J'ai comparé cette dernière à un foyer d'apoplexie cérébrale, c'est qu'en effet sa formation est due, comme dans l'apoplexie, à la rupture brusque des vaisseaux (sous l'influence de l'effort que notre patient a signalé) et à l'épanchement du sang dans le tissu des fausses membranes où il s'est creusé une poche. L'épanchement sanguin a même déchiré la paroi qui le contenait, pour se répandre dans la cavité vaginale, à la manière des épanchements cérébraux qui rompent quelquefois la paroi d'un ventricule et font irruption dans sa cavité.

La position du testicule étant bien reconnue, je décortique avec les doigts les couches des fausses membranes, assez molles, qui le recouvrent. J'excise ensuite toute la poche vaginale, ainsi que sa cavité surajoutée, laissant le testicule adhérent par une de ses faces aux tuniques du scrotum. Le testicule paraît sain et a son volume normal.

Suture des lèvres de la plaie avec quelques points de fil d'argent. Drainage avec deux gros tubes de caoutchouc rouge. Pansement avec gaze iodoformée.

Douleurs assez vives pendant les heures qui suivent l'opération. Quelques vomissements de nature chloroformique. Dans la soirée, les douleurs disparaissent. Aucune fièvre.

8 février — Pansement à l'iodoforme. Quelques gouttes à peine de suppuration.

11 février. — La partie supérieure de la plaie est réunie; la partie inférieure suppure un peu, Suppression d'un des drains. Pansement à l'iodoforme.

14 février. — Un petit point de la peau du scrotum s'est sphacelé. J'enlève les points de suture.

Les jours suivants, les pansements sont renouvelés tous les quatre ou cinq jours.

3 mars. — Le malade se lève depuis plusieurs jours. La plaie est presque complètement cicatrisée. Le pansement consiste dans une couche de gaze iodoformée et de ouate maintenues par un suspensoir.

7 mars. — La guérison est complète. La cicatrice est déprimée, peu étendue par suite de la rétraction du scrotum. Le testicule, englobé dans les tissus qui forment la cicatrice, paraît plus volumineux que celui du côté opposé. Mais il n'est aucunement douloureux. Théodore P... nous a exprimé à plusieurs reprises sa satisfaction de l'avoir conservé. Sortie de l'hôpital.

---

de l'idée que j'émets! L'essentiel est d'en arriver le plus promptement possible à la réalisation de tarir le mal à son origine, d'empêcher de naître ce mal chez ses agents les plus habituels de transmission, du moins en France, où nous n'avons presque pas de loups.

Alors l'Institut-Pasteur ne subsisterait plus que pour continuer les recherches dans la voie tracée et déjà en partie parcourue, et aussi pour être le point central d'approvisionnement des virus atténués, des virus protecteurs.

∴

Je lisais dernièrement dans une Revue bibliographique les lignes suivantes : « M. Dubos termine une Bibliographie des thèses de doctorat soutenues devant les Facultés de droit de 1857 à 1885. Ce travail, qui comble une réelle et regrettable lacune (la bibliographie analogue de Fontaine de Resbecq s'arrête à 1856), a été entrepris sous le patronage de M. Caillemer, doyen de la Faculté de droit de Lyon, qui doit écrire la préface; en dehors de la table des auteurs, une table méthodique des matières sera dressée par un juriste de profession, M. Valette, docteur en droit, substitut du procureur de la République à Montbrison. Chaque année, la bibliographie des thèses soutenues pendant l'exercice écoulé sera publiée par les soins du ministère de l'Instruction publique. »

Heureux les juristes, s'ils savent connaître leur bonheur! Pourquoi les soins du ministère de l'instruction publique ne s'étendraient-ils pas jusqu'aux médecins? C'est nous, en effet, qui aurions besoin que l'on fasse pour les Facultés de médecine un travail analogue; car les thèses de doctorat en médecine sont de beaucoup plus nombreuses que les thèses de droit. Et quels services rendus aux travailleurs si dans une publication annuelle on pouvait trouver analysées, avec plus ou moins de détails, suivant l'importance de l'œuvre, les thèses inaugurales soutenues dans les six ou sept Facultés médicales de France. Cela est-il impossible? je ne le crois pas, car cela s'est fait et se fait encore dans une de ces Facultés. Aux temps, déjà bien éloignés, où la Faculté de Strasbourg comptait au nombre des Facultés françaises, le doyen, le distingué et laborieux professeur de médecine légale, G. Tourdes, donnait tous les ans dans la Gazette médicale de Strasbourg, puis publiait en brochure, un résumé analytique très bien fait de toutes les thèses soutenues durant la dernière année scolaire. La Faculté de

PATHOLOGIE MÉDICALE

De la maladie de Bright chez les herpétiques. — Etiologie. — Pathogénie, par le docteur Séjournet (de Revin), lauréat de l'Académie de médecine.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Obs. II. — Mme N..., 59 ans, ni grande, ni forte, a eu, dans sa jeunesse, de fréquentes amygdalites, jusqu'à trois dans la même année. Depuis longtemps, elle souffre de prurit vulvaire, avec dartres des parties génitales; elle a eu souvent sur le visage des plaques eczémateuses sèches, occasionnant des démangeaisons désagréables. Sa ménopause s'est effectuée à 47 ans, et, à cette occasion, elle a éprouvé des douleurs tibio-tarsiennes, avec gonflement de l'articulation. En 1831, au mois de février, cette personne eut une nouvelle amygdalite : à la suite de l'évacuation du pus de l'abcès amygdalien, elle fut prise de palpitations, d'étouffements, d'envies de vomir, auxquelles succédèrent peu après des vomissements très fréquents.

Les extrémités inférieures s'infiltrèrent et les paupières s'alourdirent, par suite d'une bouffissure visible. Les urines, qui furent examinées aussitôt, étaient chargées d'albumine. Quelques râles disséminés dans les poumons; rien au cœur.

La malade fut mise au régime lacté absolu et, au bout de trois mois, elle était complètement guérie et pouvait quitter son lit pour reprendre ses occupations dans son ménage.

Depuis, elle va toujours très bien.

Nous devons ajouter que la fille de cette malade est aussi une herpétique. Elle a eu quelques symptômes et est sujette aux démangeaisons ano-vulvaires. Nous connaissons aussi des herpétiques parmi les collatéraux. Il n'y a jamais eu de rhumatisme articulaire dans la famille.

Notre malade n'a jamais saigné du nez, avant ni pendant sa maladie. Nous avons dit qu'elle vomissait souvent; elle vomissait son lait, qu'elle supportait avec peine, et n'a pu continuer le traitement qu'à l'aide de l'eau de chaux et de l'eau de Vichy.

Réflexions. — Notre malade de l'observation II n'a pas éprouvé de refroidissement subit ou prolongé avant sa maladie. Elle n'était pas sous l'influence d'une fièvre éruptive ou infectieuse, quand nous avons trouvé de l'albumine dans ses urines : toute intoxication, toute gêne circulatoire, tout processus irritatif du parenchyme rénal doit être écarté; aucune des causes communes de néphrite ne peut donc entrer en ligne de compte dans le cas présent.

Mais notre malade est sous l'influence d'un état constitutionnel, qui s'est manifesté dans le cours de son existence par des symptômes variés; c'est une herpétique. Il est donc certain, pour nous du moins, que l'herpétisme est responsable de la maladie de Bright, dont nous venons de rapporter l'observation.

Il est vrai que nous avons constaté de l'albuminurie chez notre malade, un peu après l'évacuation du pus d'une esquinancie. Ce n'est pas, au dire de notre excellent confrère et ami, le docteur Hamaide, la première fois que pareil fait se présente : le docteur Hamaide, que nous avions appelé en consultation auprès de Mme R..., nous a raconté que, trois ou quatre fois déjà, il avait constaté de l'albuminurie chez des malades convalescents d'amygdalite suppurée. Notre confrère voudrait expliquer ces faits par une sorte de métastase qui produirait une inflamation rénale, en remplacement de l'amygdalite, par substitution ou répercussion.

Mais ne pourrait-on renverser la proposition et dire que peut-être la malade, au moment où elle a souffert de son esquinancie, était déjà albuminurique? La chose est possible, car nous savons que les albuminuriques ne sont pas réfractaires aux inflammations et même aux inflammations suppurées. Nous savons que les épanchements inflammatoires, notamment, prennent la forme purulente, chez les individus dont les urines sont albumineuses. Peut-être, dans ces faits, n'y a-t-il qu'une coïncidence da la succession des deux maladies? La chose est encore possible.

Pour nous, nous ne voyons aucune relation directe de cause à effet entre la disparition de l'abcès amygdalien et l'apparition de la néphrite; nous penserions plutôt, comme nous l'avons dit, que l'origine de l'esquinancie doit être rapportée à l'albuminurie.

Nous ignorons, bien que nous ayons souvent observé des esquinancies chez les herpétiques, si la diathèse dont nous parlons est responsable des abcès de l'amygdale; car bien des individus, non herpétiques, sont sujets aux esquinancies.

Mais une amygdalite primitive, chez un herpétique, ne peut-elle réveiller diverses manifestations de la maladie constitutionnelle et servir de point de départ à la maladie de Bright? Dans notre interprétation, il n'est question ni de répercussion,

Strasbourg, une fois déménagée et transportée à Nancy, la tradition n'a pas disparu, et le professeur L. Hecht publie encore tous les ans un rapport sur les thèses de doctorat soutenues devant la Faculté de Nancy. Pourquoi cet exemple ne serait-il pas suivi dans les autres Facultés? Pourquoi pareil devoir ne serait-il pas au besoin imposé par le ministre de l'instruction publique (avec rémunération s'entend)?...

Je prévois des objections et je cours au-devant. On m'alléguera que la Faculté de Paris reçoit tous les ans plus de 400 et même de 500 docteurs, que la besogne serait impossible pour un seul homme. Eh bien! divisez le travail. Ne pourrait-on pas utiliser les capacités des agrégés à cette œuvre un peu aride sans doute, mais si utile? En général, les thèses se soutiennent à Paris deux par deux devant un même jury. Ce jury est composé de deux professeurs et de deux agrégés. Que chaque agrégé soit chargé de résumer et d'apprécier dans une courte note celle de ces thèses qui répond le mieux à ses propres études. Ces notes, accumulées tous les jours, seraient concentrées entre les mains de quatre ou cinq agrégés chargés annuellement de faire un travail d'ensemble. Celui-ci s'occuperait des thèses de chirurgie, celui-là prendrait les thèses de sciences naturelles et physico-chimiques, cet autre les thèses d'obstétrique, tel autre les thèses de thérapeutique, etc. Et la science bénéficierait de ce travail de triage complété par une œuvre de synthèse.

***

Les morts vont s'accumulant tous les jours, et nos regrets s'augmentent. Ici de bien jeunes encore, n'ayant fait que donner les prémices de leurs recherches, de leurs travaux, de leur intelligence. Le mois dernier, c'était Bochefontaine, dont la physiologie déplore la perte; puis Thaon (de Nice), qui a succombé aux atteintes de cette tuberculose qu'il avait étudiée avec tant de soin. Hier, c'était Henri Thorens, Alsacien resté à la France.

D'un extrême à l'autre : ce sont, à leur tour, des doyens de la médecine, les deux doyens de l'hygiène en France et en Allemagne, qui presque simultanément viennent de disparaître : Bouchardat et Varrentrapp.

***

Apollinaire Bouchardat est, de tous les professeurs de ce siècle, si riche, trop riche, hélas! en publications de tout genre,

ni de métastase, mais d'une succession de phénomènes, sur un terrain tout préparé.

Nous ne savons pas si les malades dont nous parlait notre ami Hamaïdé, sont des herpétiques, et si la diathèse dont nous invoquons là responsabilité peut entrer en cause dans les cas dont il avait le souvenir. Notre malade est le seul de ce genre que nous ayons observé, et nous ne pouvons guère tirer de ces faits, une autre conclusion que celle-ci : ou le malade doit son esquinancie à une albuminurie antérieure méconnue, ou bien l'esquinancie a servi de cause occasionnelle à la néphrite chez un individu prédisposé.

Obs. III. — Mme C..., 48 ans, petite et maigre, réclame nos soins, en 1880. A notre première visite, nous remarquons de la bouffissure des paupières, de l'œdème des extrémités inférieures et trouvons de l'albumine dans les urines. La malade nous raconte que, depuis quelque temps, elle éprouve des palpitations avec essoufflement, de la difficulté dans les digestions et des envies de vomir. Régime lacté absolu; guérison au bout de trois mois et rétablissement complet après une convalescence de trois ou quatre mois environ.

Cette femme n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire aigu ou de maladie sérieuse. Elle n'était pas non plus à l'époque de sa ménopause, qui ne fut définitive que trois ans plus tard, en décembre 1843.

Depuis sa maladie, cette femme a souffert de douleurs dans les poignets et dans les coudes. Nous remarquons un certain gonflement des extrémités osseuses du poignet et une gêne dans les mouvements de cette articulation.

Depuis deux ans, Mme C... est sujette à des éruptions intermittentes d'eczéma, sur la joue gauche, qui est en même temps le siége de prurit. L'éruption fleurit généralement au printemps. Depuis plusieurs mois, notre malade est atteinte de dyspepsie flatulente qui n'est combattue efficacement que par la continuation du régime lacté.

Rien au cœur. — Pas d'autres symptômes d'herpétisme que les douleurs de rhumatisme chronique et les plaques éruptives de la joue.

Réflexions. — Cette femme est une dartreuse ; c'est donc bien une herpétique. Nous ne dirons pas qu'elle est rhumatisante ; son cœur est sain. Jamais elle n'a souffert d'attaques aiguës de rhumatisme articulaire. Les douleurs qu'elle a éprouvées dans quelques jointures et dont la marche est chronique, le gonflement osseux des extrémités articulaires, sont mises, par M. Lancereaux, au nombre des manifestations de l'herpétisme, et encore ces douleurs, les a-t-elle éprouvées un an après la disparition de tout symptôme de néphrite. Il y a chez cette femme un état constitutionnel responsable de ces divers accidents, qu'il est impossible de rattacher à aucune autre diathèse que la diathèse herpétique.

Plaçons-nous sur le terrain de l'arthritisme et jamais nous ne pourrons expliquer les faits en question, car notre malade n'est ni goutteuse, ni diabétique; ses douleurs articulaires ne peuvent être considérées que comme un de ces pseudo-rhumatismes que M. Bouchard range au nombre des maladies de déchéance, ou maladie herpétique, c'est tout un puisque, de part et d'autre, le fond de l'altération est un désordre trophique.

Obs. IV. — Mme C..., 50 ans, femme d'un certain embonpoint, chauve, migraineuse et hémorrhoïdaire, avait souvent des éruptions dartreuses, soit à la face, soit à la région ano-vulvaire. Ces dartres étaient accompagnées de prurit. Les démangeaisons de la vulve, surtout, étaient insupportables. Cette femme a eu trois filles, dont deux, de 18 et 25 ans, ont souvent des migraines, des épistaxis et des douleurs névralgiques. L'aînée est morte, pendant une première grossesse, d'affection cardiaque, consécutive à une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Mme C .. avait souvent des douleurs vagues dans les muscles et quelques jointures, particulièrement dans les épaules. Ces douleurs chroniques n'ont jamais pu être soulagées par l'usage du salicylate de soude.

En 1882, nous fûmes appelé auprès de cette malade pour des accès de suffocation, accompagnés de maux de tête, de nausées et de palpitations; les extrémités inférieures étaient enflées, la face était bouffie; les urines, qui étaient émises en faible quantité, contenaient 6 à 8 grammes d'albumine par litre (procédé d'Esbach).

La pointe du cœur battait dans le sixième espace intercostal; il n'était le siège d'aucun souffle, mais permettait de constater, de temps à autre, un bruit de galop, ou plutôt un redoublement du premier bruit, à la pointe. Râles abondants aux bases des poumons.

Mme C... eut souvent des épistaxis et des vomissements pendant le cours de sa maladie. Dix mois après le début de l'albuminurie, elle succombait à la forme dyspnéique de l'urémie, caractérisée par la respiration de Cheyne-Stokes.

---

celui peut-être qui a fait le plus gémir les presses, celui qui a le plus noirci de papier blanc. Physique, chimie, histoire naturelle, pharmacie, thérapeutique, matière médicale, hygiène, même l'art vétérinaire, sans parler des questions d'agriculture et de viticulture, sur quoi donc Bouchardat n'a-t-il pas fait son Manuel ou publié des Annuaires, à défaut de formulaires ? Ici ce sont des compilations, non certes dépourvues d'intérêt ; là ce sont des œuvres tout-à-fait originales comme son Traité du diabète. Bienveillant, plein de laisser aller et si j'ose dire bonhomme vis-à-vis des élèves, il cherchait dans ses cours la note gaie, il provoquait le rire en présentant un enseignement sérieux, *seria jocis*. Affecté d'une surdité qui tous les jours allait croissant, la retraite lui fut en quelque sorte imposée, et à dû contribuer à avancer sa mort. Mais il laisse deux fils, dont l'un est déjà à l'Académie de médecine, dont l'autre est médecin militaire. Le nom de Bouchardat a de la résistance. *Uno avulso non deficit alter.*

* * *

Georges Varrentrapp, lui, était à Francfort-sur-le-Mein le représentant de la science indépendante. Il s'occupait de l'étude des questions hygiéniques par goût, non parce qu'il était obligé d'enseigner l'hygiène. Il a fondé et dirigeait encore l'un des meilleurs recueils de médecine publique (le *Deutsche Vierteljarhsschrift für öffentliche Gesundheitspflege*). Ses principaux travaux ont eu pour objet l'assainissement des grandes villes, et il a eu l'honneur de voir se réaliser bon nombre des réformes qu'il avait proposées et préconisées.

* * *

Entre ces médecins fauchés avant l'heure, et ces hygiénistes disparaissant comblés de jours, la mort enlève des hommes qui n'avaient pas donné toute la mesure de leur valeur. Ainsi Gillette, chirurgien des hôpitaux, actif et soigneux, qui a publié un livre consulté avec soin par beaucoup de jeunes praticiens. Ainsi encore Edouard Fournié, qui a donné un exemple peut-être insuffisamment connu d'un travail opiniâtre et d'une activité remarquable.

Né à Limoux en 1833, fils de médecin, Edouard Fournié fit la campagne de Crimée en qualité de médecin auxiliaire de la marine. La guerre finie, il était reçu docteur à Montpellier avec une

Réflexions. — Voilà encore une femme qu'on ne peut guère dire rhumatisante, puisqu'elle n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu. Sa néphrite n'est pas une maladie *a frigore*, puisqu'elle n'a jamais accusé de refroidissement brusque et intense. Il est vrai de dire qu'elle habitait une maison assez humide, aux bords de la Meuse, et que cette influence d'une habitation froide a peut-être été le point de départ de la maladie de Bright; mais le point de départ seulement, et non la cause directe. Le terrain était tout préparé par la maladie constitutionnelle, par la diathèse herpétique, au développement de la néphrite; le milieu malsain dans lequel la malade vivait depuis son enfance a pu déterminer une localisation rénale, localisation dont nous essaierons de définir le mécanisme quand nous étudierons la pathogénie du mal de Bright chez les herpétiques.

Nous avons souvent rencontré le rhumatisme articulaire aigu dans les familles d'herpétiques, et pour nous, cette maladie pourrait bien n'être qu'une des manifestations aiguës de l'herpétisme.

Dans la précédente observation, nous avons fait remarquer qu'une des filles de notre malade avait eu autrefois une attaque aiguë de rhumatisme articulaire et qu'elle était morte d'une affection cardiaque consécutive. On pourra nous objecter que, dans le cas présent, nous nous trouvions en pleine famille d'arthritiques; mais, après la distinction que nous avons établie entre les deux grandes diathèses, nous pensons qu'il n'y a pas de confusion possible.

Notre malade a pu avoir des douleurs vagues dans l'articulation du bras, ce n'était pas pour cela une rhumatisante ni une arthritique: elle était dartreuse, chauve et migraineuse; elle avait des varices et des hémorrhoïdes. Ce sont là des caractères suffisants pour nous permettre de considérer Mme C... comme une herpétique, et sa néphrite comme ayant son origine dans la maladie constitutionnelle. Aucune autre cause ne nous paraît admissible.

(A suivre.)

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. Réaction albumineuse de l'urine dans certains cadavres (1). — II. Valeur des ecchymoses cutanées en médecine légale (2). — III. Complexité du mécanisme de la suffocation dans un cas d'infanticide (3).

I. MM. Vibert et Ogier avaient depuis longtemps été frappés de ce fait que l'urine prise sur le cadavre, et traitée par la chaleur ou l'acide azotique, donnait presque constamment un précipité analogue à celui des urines albumineuses, et cela alors même que l'autopsie ne montrait aucune lésion appréciable des reins et que les renseignements sur l'état de santé du sujet n'indiquaient nullement qu'il eût été albuminurique pendant sa vie. Pour s'assurer de la fréquence de ce fait, MM. Vibert et Ogier ont fait des recherches à la Morgue de Paris. Ils ont examiné une série de vingt-huit cadavres d'adultes du sexe masculin, âgés de vingt à soixante ans environ, et dont la mort remontait à plus ou moins longtemps. Or il y en a cinq seulement dont l'urine ne s'est troublée ni par la chaleur ni par l'acide azotique, et chez ces cinq la putréfaction n'était pas commencée, soit parce que la mort était très récente, soit parce que le cadavre avait été conservé, comme cela se fait à la Morgue, à une température inférieure à zéro. Ainsi donc, sur vingt-huit sujets ayant succombé presque tous à une mort violente, sans qu'on puisse guère soupçonner chez eux d'affection rénale ou de troubles graves de la santé, il y en a vingt-trois, plus des trois quarts, dont l'urine contenait de l'albumine ou une substance albuminoïde, et généralement en quantité d'autant plus considérable que la putréfaction était plus avancée. Ces circonstances indiquent déjà que l'urine doit devenir albumineuse dans la vessie, par suite de phénomènes cadavériques. Ce ne serait pas toutefois, d'après MM. Vibert et Ogier, par suite des modifications que l'urine elle-même subit en se putréfiant qu'elle acquiert la propriété de se troubler par la chaleur et l'acide azotique. C'est à la désagrégation et à la décomposition de la muqueuse vésicale que l'on doit très probablement attribuer la produc-

(1) Annales d'hygiène publique et de médecine légale, juillet 1885.

(2) Par le docteur E. Perrin de la Touche. Thèse de Paris, 1885.

(3) Annales d'hygiène publique et de médecine légale, t. XII, n° 5.

---

thèse sur le typhus, thèse dont il avait recueilli les matériaux à l'hôpital de Thérapia. Il vint à Paris; ses débuts furent difficiles; il travailla avec énergie; il prit goût à l'étude des voies respiratoires, et publia un volume important sur la *Physiologie de la voix et de la parole*, puis un autre sur la *Surdi-mutité*, qu'il abordait surtout au point de vue philosophique. Car, chose bizarre, Edouard Fournié, qui par sa pratique était un spécialiste des plus suivis pour les maladies du larynx, n'a publié aucun traité sur les maladies des organes vocaux. Il s'est laissé entraîner à des recherches sur la *Physiologie du système nerveux*, sur l'histoire et la philosophie de la médecine, et sur les applications des sciences à l'art de guérir. Puis on le retrouve faisant dans la *Gazette des hôpitaux* le compte rendu de l'Académie des sciences, non pas un compte rendu servile tant s'en faut, mais bien plutôt une exposition pleine de verve de ses propres idées, à propos de chaque communication académique relative à la physiologie ou à la médecine. Enfin, à la mort de Sales-Girons, Edouard Fournié prit en main la direction de la *Revue médicale*; il rajeunit et développa ce vieux recueil, il sut en faire un journal vivant et bien vivant, à allure spéciale, franche, et le succès vint. Mais à une pratique journalière pénible, joindre le travail persistant, les recherches, les soucis, les multiples préoccupations, les soins qu'impose le rôle de directeur d'un journal hebdomadaire, cela use vite les forces d'un homme. Edouard Fournié est mort prématurément sans doute, mais léguant l'exemple d'une vie de travail, d'une vie bien remplie.

⁂

Quelles belles pensées, pleines de justesse, et très littérairement exprimées ne trouvons-nous pas dans le dernier Bulletin de l'Académie de médecine? Il s'agit, on le sait, de la discussion sur les ptomaïnes et les microbes. M. Herrgott (de Nancy) a pris la parole et s'est exprimé ainsi :

« Cicéron a dit ces paroles qui semblent avoir été écrites comme un résumé de la médecine : « *Opinionum commenta delet dies, naturæ judicia confirmat.* » Les théories sont éphémères, les faits éternels; une théorie nouvelle naît aujourd'hui, elle sera renversée demain, tandis que les faits seront toujours les mêmes dans les conditions identiques. Lucrèce l'avait déjà dit quand il a cherché à démontrer l'impossibilité des générations spontanées. Ce que le génie d'Hippocrate avait vu se voit encore aujourd'hui;

tion de l'albumine ou de la substance albuminoïde que l'on trouve dans l'urine.

Il ressort donc des recherches de MM. Vibert et Ogier que l'urine recueillie sur le cadavre contient presque constamment de l'albumine; que cette albumine est en quantité d'autant plus abondante que la putréfaction est plus avancée; enfin qu'elle proviendrait des parois de la vessie. La connaissance de ces faits peut avoir de l'importance dans certaines autopsies médico-légales. Il arrive quelquefois, en effet, qu'on ne trouve pas de lésions suffisantes pour expliquer la mort; si l'on trouve dans ces cas de l'albumine dans l'urine, on n'est pas autorisé à conclure de ce seul fait que l'individu était réellement albuminurique.

II. De l'étude fort intéressante à laquelle M. E. Perrin de la Touche vient de se livrer sur les ecchymoses cutanées au point de vue médico-légal, il a pu conclure que les colorations successives de ces extravasations sanguines ne permettent pas de préciser d'une façon certaine l'époque de la production de l'ecchymose. De plus, d'après les expériences faites par divers observateurs (Christison, Devergie, Delmas), il peut se produire des ecchymoses à la suite de violences exercées sur le cadavre, deux à trois heures au plus après la mort. Plus ces lésions auront été produites tôt après la mort, plus elles ressembleront aux ecchymoses faites pendant la vie, et dans certaine cas tout diagnostic différentiel deviendra impossible.

M. Perrin de la Touche ajoute qu'il est, au point de vue étiologique, des ecchymoses de deux ordres, les unes spontanées, les autres traumatiques. Mais il existe entre ces deux variétés des différences assez tranchées pour permettre d'arriver, presque dans tous les cas, au véritable diagnostic.

La couleur ne peut fournir de renseignements précis sur la date de production des ecchymoses, et leur forme ne permettra que rarement de reconnaître la nature de l'instrument qui les a produites. Enfin il n'y aurait souvent aucune relation de proportion entre l'étendue des ecchymoses et l'intensité du traumatisme, et cette particularité serait encore plus accentuée chez les individus prédisposés par un état pathologique.

III. Ainsi que le remarque fort justement M. Alphonse Jaumes, dans bon nombre de cas d'infanticide, la mort de l'enfant survient et s'explique par la mise à exécution d'un procédé nettement déterminé : l'enfant est ou étranglé ou submergé, etc. D'autres fois, au contraire, la mort est la résultante de l'association de violences plus ou moins nombreuses et plus ou moins diverses. Le fait publié par le professeur de Montpellier rentre dans ce second groupe, mais avec cette particularité que les actions multiples qui ont été successivement exercées sur l'enfant, au lieu d'intervenir par des mécanismes différents, avaient contribué chacune pour sa part à amener la mort par un mécanisme unique, la suffocation. Il s'agissait de l'examen médico-légal du cadavre d'un enfant, du sexe féminin, découvert dans un tas de sable où il était enfoui à une profondeur de 10 à 12 centimètres. Ce fœtus était enveloppé dans une serviette de toile blanche, souillée de taches (1), et recouverte à son tour d'un tablier. Face bouffie, nez et lèvres fortement aplatis; en vain on essaie de leur restituer leur forme et leur disposition primitives. Surface du corps parsemée de terre, lividités bleuâtres sur l'abdomen et la partie supérieure des membres inférieurs; plus accentuées sur le plan droit du corps, épiderme plissé se détachant à la friction sur les membres supérieurs et inférieurs du côté droit, cornées non affaissées, opaques. Le cordon ombilical faisait près de deux fois le tour du tronc en venant se terminer à l'aisselle gauche, après être passé sur l'épaule droite, enlaçant ainsi le côté correspondant du cou; on n'y observait aucune trace de ligature; il était très aplati, desséché, brun, et avait creusé sur la peau, dans toute la longueur de son trajet, un sillon large de 6 à 8 millimètres, profond de 2 à 3 millimètres; la portion de peau refoulée par le cordon et constituant le fond du sillon était blanchâtre, mollasse, non parcheminée; ce sillon était nettement limité par deux bords durs, résistants, au niveau desquels la peau avait conservé sa coloration normale et dont le relief, très accusé du côté du sillon, se confondait insensiblement au dehors avec les téguments environnants. Rien dans la bouche, ni dans l'arrière-gorge, ni dans les narines; poumons peu volumineux, légèrement marbrés et vésiculeux. Le poumon gauche présentait une coloration générale rose avec çà et là quelques plaques de couleur lie de vin. Sur la surface externe du lobe inférieur,

(1) L'examen de ces taches montra qu'elles avaient été produites, les unes par du sang, les autres par du méconium.

---

mais variées et nombreuses sont les théories qui se sont succédé.

« Le fait de la préservation des accidents chirurgicaux et obstétricaux par l'emploi des antiseptiques est si positif, que je ne me croirais pas autorisé à ne pas en faire bénéficier mes malades; mais la préservation n'est pas absolue, pourquoi? Deux facteurs ne sont-ils pas en jeu et indispensables à l'activité du microbe? Un, *objectif*, dépendant de son degré de virulence; un, *subjectif*, qui, chez le sujet contaminé, donne la condition nécessaire à son développement. Ces conditions ne seraient-elles pas chez lui favorisées dans certains cas par un développement excessif de ces alcaloïdes toxiques de l'économie vivante, dont l'existence vient d'être constatée si heureusement par les travaux de M. le professeur Gautier, qui confirment par la démonstration directe un fait depuis longtemps deviné par la clinique?

« C'est à ces questions complexes que les réponses sont importantes et nécessaires. Elles auront pour résultat de soustraire la médecine à ce que l'on a appelé la *tyrannie du microbe*, qui, comme toutes les tyrannies, est exclusive et contraire à la liberté de l'essor scientifique, et de rendre au malade qui doit être exposé à cette influence funeste, au médecin qui doit l'étudier pour l'en préserver, le rôle qui doit nécessairement leur appartenir. »

Bravo! M. Herrgott, trois fois bravo! — Qu'ajouter après ces paroles? Ne vaut-il pas mieux applaudir, puis se taire.

Dr PETER-PAUL SOMANS.

— Par décret, en date du 10 avril 1886, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Huguenard, de Santi et Audiguier.

POLICLINIQUE DE CHIRURGIE DES FEMMES du docteur Berrut, rue de Bellechasse, 29 — Du 1er novembre au 31 août de chaque année.

Le jeudi à neuf heures : leçon ouverte aux médecins élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte ; — à dix heures : consultations ouvertes aux auditeurs inscrits. — On s'inscrit de trois à cinq heures.

on découvrait deux ecchymoses sous-pleurales dont la plus grande avait le volume d'une tête d'épingle. La presque totalité de la surface externe du poumon droit était occupée par des plaques emphysémateuses. Quelques-unes des bulles résultant du soulèvement de la plèvre viscérale avaient un volume comparable à celui d'une lentille; les autres étaient plus petites. Légère ecchymose ponctuée sur la face antérieure du thymus La trachée, le thymus, les deux poumons et le cœur, réunis en paquet, surnagent; le cœur isolé gagne le fond de l'eau; les deux poumons isolés surnagent; les deux lobes isolés du poumon gauche surnagent; ces lobes, divisés en fragments et comprimés sone l'eau, donnent issue à une médiocre quantité d'écume sanguinolente, procurent au doigt une faible sensation de crépitation et surnagent après avoir été comprimés; même résultat sur le poumon droit; foie, très brun; estomac distendu par des gaz, muqueuse noirâtre; ne contient ni substance glaireuse ni bulles d'air; intestin offrant par places une couleur brunâtre très prononcée et sur d'antres points une coloration feuille-morte. Le gros intestin est rempli de méconium. Le crâne ne présente aucune trace de fracture ni de contusion; on constate une suffusion sanguine sous-péricrânienne, plus marquée à droite, et un engorgement hypostatique des vaisseaux méningés.

De l'examen consciencieux auquel il s'est livré, M. Jaumes conclut que les signes relevés par l'autopsie sont, en première ligne, ceux de la mort par suffocation. Mais l'enroulement du cordon autour du corps n'était pas susceptible, à lui seul, d'amener une suffocation mortelle, et les constatations nécropsiques ne concordent ni avec l'hypothèse d'une suffocation causée par le seul fait de l'enveloppement dans la serviette, ni avec l'hypothèse d'une suffocation résultant uniquement de l'enfouissement dans le sable. Si, au lieu de faire peser sur l'un ou l'autre de ces actes isolément la responsabilité de la mort, on la répartit sur les trois; si on considère la mort comme la résultante de leurs actions successives et combinées, les objections énoncées plus haut perdent de leur valeur et on reconstitue, d'une façon suffisamment plausible, les diverses phases du fait. L'enfant naît; on coupe immédiatement le cordon qu'on enroule autour du corps, on pelotonne l'enfant sur elle-même et on l'enveloppe dans la serviette..... Quelques instants suffisent pour ces opérations, qui, si elles sont rapidement exécutées, mettent l'enfant, dès qu'elle est sortie du sein de sa mère, dans l'impossibilité de respirer largement; cette enfant, ainsi ficelée, confinée dans un espace clos, a pu sans doute accomplir, dans une certaine mesure, les actes mécaniques de la respiration, utiliser l'air logé entre la serviette et la surface de son corps; mais, évidemment, ces actes mécaniques ont été entravés, et la provision d'air n'étant pas abondante, les inspirations étaient peu fructueuses. Enfin, au bout d'un temps plus ou moins long, l'enfant a été enfouie dans le sable, dont l'action n'aurait consisté qu'à compléter l'œuvre de l'enroulement du cordon et de l'enveloppement dans la serviette. Tell est l'explication perspicace que donne M. Jaumes à la mort de ce nouveau-né.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique des maladies de la peau, tome Ier, par MM. Hillairet et Gaucher. — Paris, 1885.

La dermatologie française peut à juste titre se glorifier de l'important ouvrage de MM. Hillairet et Gaucher, ouvrage que ce dernier auteur continue seul depuis la mort de son maître et collaborateur. Le tome Ier, que nous analysons ici brièvement, contient l'anatomie et la physiologie de la peau, la pathologie générale des affections cutanées et leur classification; cette première partie est commune aux deux auteurs et a paru avant la mort de M. Hillairet. La seconde partie comprend la pathologie spéciale et est l'œuvre exclusive de M. Gaucher. C'est cette seconde partie que nous aurons en vue dans ce compte rendu.

Dans la description des érythèmes, M. Gaucher distingue trois catégories: 1° les érythèmes de cause externe; 2° les érythèmes pathogénétiques; 3° les érythèmes de cause interne. Il donne successivement la description des diverses variétés, en apportant une grande précision dans l'exposé de toutes ces espèces si nombreuses. Il donne aussi dans ce chapitre une étude rapide, mais suffisamment complète, de l'acrodynie et de la pellagre.

Les chapitres de la roséole et de l'urticaire font suite à l'étude des érythèmes. M. Gaucher donne de l'urticaire une excellente description, à la fois très simple et très méthodique, dans laquelle toutes les formes et variées de cette affection trouvent la place qui leur convient. L'érysipèle termine l'exposé des dermatoses inflammatoires communes.

Le chapitre suivant, qui traite de la grande dermatose vésiculeuse, l'eczéma, peut être pris comme exemple de la manière dont M. Gaucher a compris la description des affections cutanées. Il débute par l'historique détaillé de la maladie et expose les doctrines des principaux dermatologistes relativement à l'eczéma. Willan, Alibert, Rayer, Devergie, Bazin, Hardy, E. Wilson, etc., ont donné des conceptions diverses de la maladie qu'il est indispensable de connaître pour en arriver à bien comprendre la définition moderne de l'eczéma, et même pour se rendre compte simplement de la terminologie employée dans la description de l'eczéma et de ses différentes manifestations.

Cette manière de déblayer le terrain permet à M. Gaucehr de beaucoup simplifier et raccourcir la description de l'eczéma, si longue et si diffuse dans la plupart des ouvrages de dermatologie. L'auteur, du reste, ne s'en tient pas seulement ici à l'exposé des données anciennement acquises, il apporte un important contingent de recherches précises et d'acquisitions nouvelles, pour l'étiologie notamment et pour l'anatomie pathologique. Ses recherches sur la transformation vésiculeuse des cellules du corps de Malpighi rendent compte des phénomènes les plus importants qui se passent dans le processus de l'eczéma. M. Gaucher procède de la même manière pour l'étude du traitement que pour l'ensemble de la maladie: il commence par un historique des doctrines thérapeutiques des principales écoles; il montre l'ancienne école française reconnaissant pour origine à l'eczéma tantôt une cause constitutionnelle, tantôt une cause extérieure ou directe, et déduisant des traitements généraux et locaux de cette conception. L'Ecole de Vienne, au contraire, n'admettant pas de cause générale ou constitutionnelle, repousse le traitement interne de l'eczéma et le considère comme inefficace. L'Ecole anglaise et l'école française moderne se rapprochent de cette manière de voir, mais sans rejeter absolument la thérapeutique interne. L'auteur ne se contente pas d'exposer les doctrines; il donne encore les principales méthodes thérapeutiques préconisées par les plus illustres représentants des diverses écoles. Comme

pour la description de la maladie, ce plan lui permet d'exposer avec une grande lucidité les méthodes thérapeutiques actuellement en faveur. Il le fait avec une juste sobriété, en éliminant un bon nombre de ces substances qui chargent inutilement la thérapeutique et qui ne peuvent qu'augmenter les perplexités du praticien et de l'étudiant.

Le genre *hydroa* créé par Bazin, et qui est rattaché à l'érythème polymorphe par Hardy, Hébra, Kaposi, Besnier, etc., est encore maintenu par M. Gaucher, qui le décrit séparément. De même, il établit l'indépendance du rupia. Nous nous garderons d'autant plus facilement d'intervenir dans ces questions que nous ne savons pas jusqu'à quel point M. Gaucher se trouve en ceci solidaire de son savant maître, M. Hillairet.

Quoi qu'il en soit, la description de ces lésions est excellente, et il faut signaler de même l'étude du pemphigus et spécialement celle du pemphigus foliacé.

L'individualité de l'impétigo est également conservée par l'auteur, et nous ne pouvons encore méconnaître que des motifs puissants, tirés des nécessités de la clarté dans la description aussi bien que de nos incertitudes sur beaucoup de points, plaident énergiquement en faveur de cette manière de voir.

Le lichen, le prurigo, le psoriasis, sont l'objet de descriptions aussi exactes que méthodiques. Les mêmes appréciations s'appliquent à la description des diverses formes de pityriasis. Nous ferons seulement intervenir des réserves comme à propos du rupia et de l'hydroa. Lié par le plan et la classification adoptés par son maître, M. Gaucher a rapproché dans un même chapitre des espèces nosologiques qui n'ont de commun que leurs dénominations. Ce sont là des imperfections sans importance que le lecteur même peu expérimenté corrigera facilement.

En résumé, ce qu'il faut louer surtout dans cet excellent ouvrage, c'est la sobriété si nette des divisions adoptées par M. Gaucher. Il s'est attaché, comme nous l'avons fait déjà remarquer, à déblayer le terrain, à bien définir; les descriptions y gagnent beaucoup en clarté, en concision, en exactitude. Sa pensée est toujours comprise, et chaque chapitre ne nécessite pas de profondes méditations, ainsi que cela arrivait jadis trop souvent pour un bon nombre de publications dermatologiques. Le traité théorique et pratique des maladies de la peau de MM. Hillairet et Gaucher constituera un véritable compendium où chacune des écoles dermatologiques trouvera son œuvre fidèlement et impartialement résumée, mais où l'école française trouvera aussi la justice qui lui est due.

C'est là, croyons-nous, le jugement qui a été porté par tous sur ce premier volume et qui nous explique à la fois et l'accueil plus que sympathique qui lui a été fait et l'impatience avec laquelle est attendue la publication du second volume. Remercions encore en terminant les auteurs d'avoir pensé à reproduire en chromo-lithographie les magnifiques pièces du musée de Saint-Louis, innovation qui sera vivement appréciée par les débutants en dermatologie.

F. Balzer.

THÈSES D'AGRÉGATION EN MÉDECINE

Nosographie des chorées, par M. le docteur M Lannois, médecin aide-major de 1re classe. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1886.

Sous le titre général et souvent impropre de *chorée*, on a décrit, en les particularisant par les qualificatifs les plus divers, des états morbides fort différents par leur physionomie clinique et par leurs origines morbides. Une étude nosographique des chorées n'était donc pas sans difficultés; elle comportait un double travail d'analyse et de synthèse. Il fallait, en effet, procéder à la description détaillée de chaque individualité constituant ce groupe et la ranger aussitôt à sa vraie place selon le degré de parenté qui l'unit aux deux grandes formes de chorées, la *grande chorée* ou chorée rhythmique des hystériques, et la *chorée de Sydenham*.

S'appuyant sur les données si précises apportées dans ces derniers temps par l'École de la Salpêtrière, M. Lannois, dans son très consciencieux travail, a eu le mérite de mener à bonne fin cette périlleuse entreprise. En avançant avec lui dans l'analyse détaillée, parfois minutieuse, de chaque variété clinique, on ne perd pas de vue la mise en ordre et la classification critique qui dominent et régissent l'ensemble du sujet.

Après avoir nettement rejeté les tremblements, les mouvements ataxiques et les spasmes fonctionnels hors du cadre qui lui est tracé, M. Lannois, prenant le terme de chorée dans son sens le plus large, divise en trois groupes les maladies choréiques : les *chorées rhythmiques*, les *pseudo-chorées* et les *chorées arhythmiques*.

Dans le premier chapitre, l'auteur étudie donc les chorées rhythmiques. Les danses épidémiques du moyen âge, danse de saint Guy, tarentisme, tigretier, jumpers sont rapidement passés en revue; mais il s'attache à décrire soigneusement la *chorée rhythmique hystérique* ou *grande chorée* qui n'est probablement qu'un vestige des formes épidémiques aujourd'hui disparues. A côté de la grande chorée vient se placer le *spasme réflexe saltatoire* décrit par Bamberger en 1859.

Le chapitre II est consacré aux pseudo-chorées. Les variétés de ce groupe servent de transition entre les chorées rhythmiques et la chorée arhythmique de Sydenham. Le tic de Salaam, qui est plutôt une forme larvée de l'épilepsie, les chorées électriques de Dubini, de Bergeron, les pseudo-chorées du larynx et du diaphragme s'y trouvent rapidement indiqués. Toute autre est l'importance de la maladie des tics convulsifs et des paramyoclônes multiples que l'auteur décrit minutieusement.

Le chapitre III contient l'étude approfondie des chorées arhythmiques, la chorée de Sydenham, les chorées *molles*, de la *grossesse*, des *vieillards* et enfin l'hémichorée symptomatique.

Tel est le plan général, et pour mieux dire telle est la classification des chorées adoptée par M. le docteur Lannois dans sa très remarquable thèse.

A. D.

REVUE D'HYDROLOGIE

Suite et fin. — Voir les numéros 9, 10 et 14.

Les affections vénériennes traitées par les eaux sulfureuses de Luchon, par les docteurs Lambron (feu) et Doit, 1884, 271 pages.

Le traitement des affections syphilitiques a pris une place exagérée dans la station de Luchon. La multiplicité et la variété singulière des sources de cette station, à laquelle on ne peut comparer, sous ce rapport, que Cauterets, la rendent

certainement plus appropriée que toute autre à la généralité des applications de la médication sulfureuse. Cependant, c'est à la syphilis qu'ont trait presque exclusivement les travaux dont elle a été l'objet depuis quelques années. Je crois utile d'appeler, sur ce sujet, l'attention des médecins qui y pratiquent.

Le docteur Doit a mis en ordre et publié les notes considérables laissées par Lambron, sur le traitement des affections vénériennes par les eaux sulfureuses de Luchon. Cette publication, due au pieux souvenir du regrettable inspecteur, renferme une véritable monographie de la syphilis, qui n'en est pas un des moindres mérites.

On sait qu'un des sujets d'étude les plus suivis et en même temps les plus controversés, est le traitement dit d'épreuve, basé sur l'action décélante ou révélatrice de la syphilis latente. Les conclusions de Lambron, basées sur un très grand nombre d'observations, sont très fermes : si le traitement est fait dans les conditions voulues, cessation du traitement mercuriel depuis six mois, du traitement ioduré depuis au moins un mois, traitement méthodique comprenant une trentaine de bains, hygiène appropriée, « s'il ne survient aucune manifestation syphilitique pendant la cure dépurative ainsi faite, et durant les deux mois qui la suivent, on peut assurer au malade qu'il est guéri. » Les exceptions sont tellement rares qu'elles ne peuvent que confirmer la règle au lieu de l'infirmer (p. 116).

Les propositions suivantes ne sauraient être contestées : les eaux sulfureuses n'ont rien d'antisyphilitique par elles-mêmes, et elles ne sont pas davantage préventives de la syphilis; — les eaux sulfureuses réparent la cachexie due à l'action altérante de la cachexie syphilitique; — les eaux sulfureuses possèdent une action préventive et réparatrice des accidents mercuriels. — Quant au *nouveau traitement*, propre à l'auteur (Lambron), au sujet de l'administration simultanée et combinée des sulfureux et des mercuriaux, on peut en dire, comme de la signification du traitement d'épreuve : *adhuc sub judice lis est*. Tout ceci doit être étudié dans l'intéressant ouvrage du docteur Doit.

Des avantages de l'hydrothérapie hivernale, par E. Duval. 1885.

M. E. Duval affirme que les pratiques hydrothérapiques peuvent sans inconvénients être usitées pendant l'hiver. Il a raison en principe. Mais, dans la pratique, cette immunité ne paraît pas toujours réalisable en toute sécurité. Il s'agit ici de la douche froide typique. Il faut avoir chaud avant de la prendre, comme après l'avoir prise C'est à l'exercice actif d'assurer cette condition indispensable. Il est donc nécessaire que le malade soit capable d'un exercice suffisant. Il ne convient pas moins d'être assuré qu'il se trouve susceptible d'une réaction suffisante, dans des circonstances peu propres à la favoriser. Quant aux moyens artificiels de réchauffement, emploi de l'eau chaude, séjour dans des salles chauffées, ils ne sauraient suppléer que très imparfaitement à l'élévation naturelle de la température du corps, et ne sont pas de très bons moyens de préparer à une réaction difficile.

Il ne faudrait donc pas suivre trop à la lettre, ni dans tous les cas, les conseils donnés par M. Duval. On doit toujours se méfier des principes absolus en thérapeutique, et je pense que ce n'est qu'avec beaucoup de circonspection qu'on peut prescrire une *première* douche froide pendant l'hiver. Ces réserves faites, les observations de M. Duval relatives aux avantages de l'hydrothérapie hivernale devront être prises en grande considération.

La douche froide des pieds, son action physiologique et ses applications, par le docteur Boucaumont. — 1885.

Cette pratique de la douche froide des pieds, que M. Caulet avait portée devant la Société d'hydrologie, est très intéressante. M. Boucaumont montre ses effets : *dérivatifs* dans les congestions de la tête, de la gorge et des poumons ; *toniques* dans les affections chloro-anémiques ; *sédatifs* dans les névroses. Il se comprend aisément que l'application en réclame beaucoup d'attention et de méthode. Prise à plein jet, pression notable, durée surtout, qui ne saurait guère être trop courte, mais qui ne devra jamais excéder de une à deux minutes, c'est en réalité le meilleur moyen de modifier le refroidissement habituel des extrémités inférieures.

Études expérimentales sur la composition de l'air de Vichy, par le docteur Peyraud, 1885.

La station de Vichy, comme celle de Vals, comme la vallée du Taunus, pourrait être appelée une région carbonique, en raison de la quantité considérable de gaz carbonique qui est émise, non seulement par les sources minérales elles-mêmes, mais encore par la filtration de ce gaz au travers des fentes du sol et des sables.

Le docteur Peyraud a entrepris, avec la coopération d'un chimiste distingué, M. Gautrelet, une série d'expériences destinées à déterminer la proportion de gaz carbonique contenue dans l'air de Vichy. Il a trouvé que, sur les points de la ville les plus élevés (264 mètres), la proportion de gaz carbonique est normale (0,003); elle s'élève à 0,014 et 0,015 dans des points plus bas (253m.,82), et particulièrement dans le voisinage des sources.

M. Peyraud pense que l'air de Vichy, renfermant trois fois plus d'acide carbonique que l'air normal (il faudrait dire quatre fois), favorise l'hématose par l'accélération que détermine dans les mouvements respiratoires la gêne produite par l'accroissement de proportion de ce gaz ; que c'est à sa présence qu'est due l'immunité réelle de Vichy à l'endroit de certaines épidémies, le choléra en particulier ; que les propriétés sédatives de ce gaz rendent ce milieu très favorable aux asthmatiques et aux hystériques, etc. Je laisse à mon honorable confrère la responsabilité de ces dernières assertions, qui ne sont pas de tous points conformes à ma propre observation.

Je ferai observer, du reste, que l'on ne vit certainement pas à Vichy dans une atmosphère aussi carbonique que paraît le supposer M. Peyraud. Les expériences ont été faites à la hauteur d'un mètre au-dessus du sol. Il n'est pas probable qu'un gaz aussi lourd s'élève beaucoup plus haut ; il faut tenir compte des mouvements de l'air qui tendent à le déplacer et à le renouveler incessamment ; il faut penser encore qu'il ne pénètre pas dans les habitations où sa pesanteur ne saurait lui donner accès. Les expériences et les déductions que j'ai reproduites me paraissent avoir été les unes et les autres un peu précipitées ; elles ont besoin d'être reprises et contrôlées par de nouvelles observations.

BULLETIN

Projet d'une association médicale d'assurance mutuelle en cas de maladie

Le principe d'association, si fécond en résultats pratiques,

revêt dans l'application différentes formes, suivant le but qu'on se propose. Sociétés de secours mutuels, Syndicats professionnels, Caisses de pensions de retraite, Sociétés d'assurance mutuelle en cas d'accidents, de maladie, de décès, etc., sont autant d'émanations du même principe, et ces différentes institutions sont appelées à se prêter un appui réciproque pour soustraire l'homme qui vit honorablement de sa profession, c'est-à-dire de son travail, aux suites d'événements malheureux qui le surprennent ou contre lesquels il est impuissant à lutter. Voilà pourquoi nous sommes toujours disposé à accueillir favorablement tout projet qui, s'inspirant du principe en question, tend à affranchir la profession médicale d'une partie des misères auxquelles, comme toutes les professions, elle peut être exposée. C'est ainsi que, après y avoir adhéré dès sa fondation, nous applaudissons au développement de la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français*; que nous regrettons l'indifférence de nos confrères à l'endroit de la création d'une *Association mutuelle en cas de décès*, dont nous avons eu mainte occasion de parler; enfin que nous faisons des vœux en faveur du nouveau projet qui vient d'être élaboré par M. le docteur Gallet-Lagoguey, discuté et adopté par la Société médicale du Xe arrondissement, celui de la création d'une *Association médicale d'assurance mutuelle en cas de maladie.*

Il est bon tout d'abord de rappeler que l'Association générale des médecins de France et l'Association des médecins de la Seine ouvrent la caisse commune à tout sociétaire qui, pour une cause quelconque, et la maladie est une des plus fréquentes, se trouve aux prises avec de rudes difficultés. Seulement l'intervention de l'Association est laissée à l'appréciation de la commission administrative, qui fixe la quotité du *secours*. Ce dernier mot, qui exprime le rapport entre l'Association et le sociétaire, sonne mal à certaines oreilles délicates : de là les tentatives pour lui substituer le mot *droit*, et les divers projets d'associations d'assurance mutuelle que nous venons de citer. Ajoutons de suite que le succès de ces divers projets ne saurait en rien nuire à nos deux grandes Associations qui, au moyen d'une faible cotisation annuelle, seule accessible au plus grand nombre, ont su, tout en dispensant largement les secours et les pensions, acquérir une fortune sociale considérable, gage de bienfaits plus grands encore pour l'avenir.

Cela dit, examinons le projet de M. Gallet-Lagoguey.

L'association que veut créer notre confrère « a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire aux membres de l'Association placés dans l'*impossibilité absolue* d'exercer leur profession, soit temporairement, soit d'une façon permanente. » (Art. 2 des statuts.)

« Elle alloue à ses membres une indemnité de dix francs par jour, pour toute maladie dûment constatée excédant une durée de huit jours et *entraînant l'incapacité absolue d'exercer* la profession médicale.

« Cette indemnité sera payée aussi longtemps que dureront l'incapacité absolue et les ressources financières de l'Association. » (Art. 24 des statuts.)

Les sociétaires paient un droit d'entrée déterminé chaque année par l'assemblée générale, et une cotisation mensuelle de 10 fr. Une amende de 2 fr. est imposée à tout sociétaire qui paie sa cotisation après l'époque fixée par les statuts.

Les droits d'entrée et les amendes se paient avant tout autre versement.

La limite d'âge pour l'admission est fixée à 50 ans. Tout nouvel adhérent doit déclarer qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ; il subit d'ailleurs l'examen du conseil de santé.

Les nouveaux admis n'ont droit à l'indemnité qu'après six mois révolus de présence sur les contrôles de l'Association.

Telle est la base économique du projet ; le reste est simple affaire d'organisation ou d'administration intérieure.

En somme, les droits d'entrée, les amendes et autres recettes diverses devant à peu près couvrir les frais accessoires de l'Association, le problème se pose ainsi : avec une cotisation mensuelle de 10 fr., peut-on servir une indemnité de 10 fr. par jour à tout sociétaire atteint d'une maladie aiguë ou chronique qui le met dans l'impossibilité absolue d'exercer la profession ? Notons bien que l'incapacité produite par l'âge étant assimilée à une infirmité, l'allocation journalière de 10 fr., pour les infirmes et les vieillards, se transforme en une pension annuelle de 3,650 fr.

M. Gallet-Lagoguey, dans une note qu'il a bien voulu nous adresser, reconnaît qu'il n'existe pas de statistique complète permettant de déterminer d'une manière absolue le nombre des malades, en particulier de ceux atteints de maladie chronique, que l'Association pourrait avoir à sa charge. Il existe cependant, ajoute-t-il, des documents suffisants pour établir les prévisions sur des bases sérieuses.

Ainsi le rapport du ministre de l'intérieur sur les opérations des Sociétés de secours mutuels pour 1877, montre, en premier lieu, que de 1871 à 1877 inclus, la moyenne des journées de maladie a varié de 4,77 à 6,16 par sociétaire et par an dans les Sociétés autorisées, et de 4,89 à 5,43 dans les Sociétés non autorisées ; en second lieu que, sur 814,473 membres participants, le nombre de pensions servies aux sociétaires réputés infirmes ou incurables, s'est élevé à 4,249 soit une proportion de 0,52 pour 100.

La Société de la corporation du gaz, dont M. Gallet-Lagoguey est médecin depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis onze ans, avec un nombre de participants qui a varié entre 300 et 430, et une cotisation annuelle de 2 fr. 25 a pu : donner à ses malades une indemnité journalière de 2 fr. pendant 36 mois consécutifs ; payer les honoraires du médecin, les médicaments, bains, bandages, appareils, etc., et, malgré l'existence constante de malades chroniques ou infirmes à sa charge, réaliser un fonds de réserve s'élevant à 18,000 fr. Pendant l'année 1885, cette Société a payé à ses 400 membres 3,558 journées de maladie, soit 8,89 journées par membre. Malgré des conditions de recrutement extrêmement défavorables (membres infirmes et payés immédiatement, admissions sans examen médical ni limite d'âge, etc.), elle a satisfait à toutes ses charges et est en voie de prospérité. C'est la constatation de ces précieux avantages qui a donné à notre confrère l'idée de créer une semblable institution parmi les médecins.

La Société de la céramique compte 72 ans d'existence et 288 membres participants. Outre des pensions de retraite, elle sert une indemnité quotidienne aux infirmes. Cinq pensions de ce chef ont été servies en 1885, soit 1 sur 57,6 sociétaires.

En 1884, le docteur Hart a fondé en Angleterre l'*Association médicale des médecins anglais*, qui poursuit le même but que celle proposée par M. Gallet-Lagoguey, mais en diffère par plusieurs points. D'après leurs calculs statistiques, les médecins anglais, dans leurs prévisions, avaient évalué leur morbidité, l'âge moyen des assurés étant de 38 ans, à 7,82

jours de maladie par assuré et par an. Ces prévisions n'ont pas été atteintes : la moyenne, par associé et par an, n'a été que de 4.80 journées de maladie pour la première année.

En se basant sur les documents qui précèdent, et en tenant compte des conditions particulièrement favorables dans lesquelles l'Association serait organisée (examen médical préalable de tout nouvel adhérent, durée minima de huit jours de toute maladie donnant droit à l'indemnité, gratuité de toutes les fonctions, frais d'administration réduits au minimum, etc.), M. Gallet-Lagoguey admet 6 jours de maladie aiguë par associé et par an, et 1,5 chronique pour 100 associés. Il montre, par trois tableaux successifs : 1o Qu'avec 100 associés, 6 journées de maladie aiguë par associé et 1 chronique dès la fin de la première année, le fonds de réserve atteint, à la fin de la quatorzième année, la somme de 47,926 fr., et le bénéfice annuel celle de 3,707 fr., permettant d'entretenir un second chronique, sans toucher au capital réserve ; 2o qu'avec 100 associés, 6 journées de maladie aiguë par associé et 2 chroniques dès la fin de la première année, le capital réserve est absorbé à la fin de la septième année, et l'Association dans l'impossibilité de supporter ses charges ; 3o qu'avec 150 associés, on peut, non seulement supporter la charge de deux chroniques, mais encore accroître annuellement le capital réserve. Le nombre exact d'associés nécessaire pour entretenir un chronique est 66,66.

Il est un point qui nous semble projeter une ombre sur les résultats de ces tableaux : c'est l'assimilation de la vieillesse à une infirmité et, par suite, le paiement d'une pension de 3,650 fr. à tous les vieillards qui, en raison de leur âge, ne pourront plus exercer leur profession. Il faut noter que la vieillesse est sous ce rapport variable, ici tardive, là précoce, et que, de ce fait, l'Association pourra avoir à supporter des charges supérieures à ses ressources.

Parmi les exemples cités par notre confrère, la Société du gaz et l'Association anglaise sont trop récentes pour qu'on puisse apprécier cette part dans les charges qui revient à la vieillesse. Elle se manifeste davantage dans la Société de la céramique, où l'on compte 1 chronique sur 57,6 sociétaires. Les chiffres empruntés au rapport ministériel sur les Sociétés de secours mutuels nous semblent peu démonstratifs, parce que bon nombre de vieillards et d'infirmes de cette classe, trouvant un asile dans les hospices de la vieillesse ou des incurables, cessent d'être à la charge de leurs Sociétés respectives.

Pour obvier à l'écueil que nous signalons, plusieurs Sociétés, entre autres l'Association amicale des médecins anglais, limitent la durée pendant laquelle l'indemnité, soit en totalité, soit en partie, est servie aux sociétaires malades. Il y aurait peut-être mieux à faire, ce serait de combiner une caisse de pensions de retraite avec une assurance mutuelle contre la maladie. L'une allégerait l'autre. L'idée a été déjà émise : c'est dire qu'elle ne tardera sans doute pas à revêtir une forme concrète ; nous appelons sur ce point l'attention de M. Gallet-Lagoguey.

La combinaison que nous signalons n'est pas suffisante encore, car elle laisse en dehors des prévisions qu'elle consacre la femme et les enfants du sociétaire. Lui mort, ils perdent tout et ont plus que jamais besoin de protection et d'assistance. L'assurance en cas de décès s'impose donc au même titre que l'assurance contre la maladie et la caisse de pensions de retraite.

Une association qui réunirait ces trois ordres d'assurance mutuelle, aurait plus de chance de succès que chacun d'eux isolément. Il y a sans doute une grande difficulté à vaincre : le chiffre élevé de la prime à payer. Mais, qu'on ne l'oublie pas, les associations de ce genre s'adressent particulièrement à ce qu'on a appelé, non sans raison, le tiers-état de la médecine, c'est-à-dire aux praticiens qui, sans espérer de pouvoir amasser une fortune, ont une clientèle suffisante pour vivre confortablement et faire des économies. Ceux-là ont recours, pour la plupart, aux grandes compagnies d'assurance. Il s'agit de leur prouver qu'ils ont, sous tous les rapports, plus d'avantages à s'assurer entre eux. Quant aux heureux et aux malheureux de la profession, c'est surtout vers l'Association générale qu'ils doivent tourner leurs regards, les uns pour enrichir la caisse mutuelle, les autres pour se donner, grâce à une cotisation en rapport avec leur budget, le droit d'y puiser.

Mais revenons au projet de M. Gallet-Lagoguey, dont nous nous sommes un peu écarté. En faisant les réserves exprimées plus haut, nous n'entendons nullement décourager notre confrère ; nous avons voulu plutôt lui montrer l'intérêt sérieux que nous attachons à sa tentative, dont nous souhaitons sincèrement le succès, comme de tout ce qui peut contribuer, dans quelque mesure que ce soit, au bien-être de la famille médicale.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

RÉUNION A LA SORBONNE DES DÉLÉGUÉS DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS. — Le congrès annuel des délégués des Sociétés savantes s'est ouvert mardi dernier à la Sorbonne, sous la présidence de M. Alexandre Bertrand. Après une allocution du président, les cinq sections : histoire et philosophie, archéologie, sciences économiques et sociales, sciences mathématiques, physiques et naturelles, géographie historique et descriptive, se sont réunies dans leurs amphythéâtres respectifs. La médecine, qui fait partie de la quatrième section, donne toujours lieu à un nombre fort restreint de communications.

Ainsi, nous ne relevons, dans les deux séances de mercredi, que deux communications : l'une de M. Cazeneuve (de Lyon), sur *l'emploi des oxydes métalliques pour reconnaître dans les vins les colorants de la houille;* l'autre de M. Motais (d'Angers), sur *l'appareil moteur de l'œil de l'homme et les applications de cette étude physiologique à l'opération du strabisme.*

— LE CHOLÉRA EN ITALIE. — L'épidémie ne paraît pas avoir de tendance à s'étendre. Du reste, le gouvernement italien a pris toutes les mesures nécessaires pour préserver les points non encore contaminés. La mortalité relative est toujours considérable : il y aurait eu 41 cas et 30 décès à Brindisi. On ne saurait d'ailleurs accorder toute confiance aux statistiques émises. On signale quelques cas douteux en Autriche, à Vienne. Les renseignements authentiques font encore défaut.

— Il existe une commission internationale de Sociétés de crémation, qui vient de décider, d'après la *Gazzetta medica Italiana*, qu'un premier congrès (également international) des Sociétés de crémation et des partisans de ce mode de destruc-

tion des cadavres, se tiendra à Milan, au printemps de 1887. Un comité spécial sera chargé d'organiser ce congrès, qui s'occupera, non seulement de la crémation proprement dite, mais encore de tout ce qui, directement ou indirectement, se rapporte à la police mortuaire.

R. F. D.

NOUVELLES

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — Cours public sur la structure et les maladies du système nerveux. — M. le docteur J. Luys, membre de l'Académie, médecin de l'hôpital de la Charité, reprendra ses leçons, le jeudi 6 mai, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. — (Amphithéâtre du deuxième étage.)

Le cours de cette année aura principalement pour objet la structure du cerveau et la paralysie générale.

— L'Assemblée générale de l'Association des médecins de France aura lieu le dimanche 2 mai, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— L'Assemblée générale annuelle de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français aura lieu le dimanche 2 mai, à dix heures du matin. Grand Véfour, Palais-Royal.

— LA GAZETTE GÉOGRAPHIQUE ET L'EXPLORATION, journal hebdomadaire, 6, rue Cassette.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 18 AU SAMEDI 24 AVRIL 1886

Fièvre typhoïde 11.—Variole 5.— Rougeole 29. — Scarlatine 16. — Coqueluche 18. — Diphthérie, croup 37. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 197.— Autres tuberculoses 55. —Autres affections générales 69 — Malformation et débilité des âges extrêmes 46. — Bronchite aiguë 33. — Pneumonie 112. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 47. — au sein et mixte 21. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 98. — de l'appareil circulatoire 53. — de l'appareil respiratoire 72. — de l'appareil digestif 38 — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 6 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 26. — Causes non classées 18. — Total de la semaine: 1102 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Les nouvelles médications (Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin, 1884-1885), par le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-8 de 200 pages avec figures dans le texte. — Prix: 6 fr. — Paris, à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

TUMEUR MYXO-SARCOMATEUSE DE L'ABDOMEN (POIDS : 8 kil. 120. DÉVELOPPEMENT RAPIDE : 32 JOURS), par le docteur AMÉDÉE CHASSAGNE.

Les cas de sarcome du péritoine et du tissu cellulaire rétropéritonéal sont rares. Nos recherches bibliographiques n'ont abouti qu'à en découvrir cinq cas publiés ; encore présentent-ils des différences assez marquées au point de vue de l'évolution. Ce sont des exceptions, mais il est d'autant plus pratique de les signaler que, surtout en pays palustre et chez l'homme, le développement rapide et quotidien de l'abdomen conduit naturellement par calcul des probabilités (ce guide le plus sûr du jugement clinique), à l'hypothèse d'une hydropisie, enkystée ou non, compliquée ou non d'hypertrophies viscérales.

Le soupçon de tumeurs graisseuses (plus ou moins consistantes ou dégénérées) ne se présente à l'esprit que bien loin en deuxième ligne, surtout au point de vue évolutif qui est lent; nous reviendrons plus bas sur l'indécision où l'on s'est constamment trouvé, même après ponction, sans incision exploratrice.

Dans l'observation ci-dessous, la rareté du cas, le volume de la tumeur, son développement exceptionnellement rapide, les tâtonnements même du diagnostic, nous semblent prêter à quelque enseignement clinique.

OBSERVATION. — Danliac (Etienne), né le 7 septembre 1860 à Malemort, canton de Brives (Corrèze), sergent au 141e régiment de ligne (2e bataillon, 3e compagnie). Pas d'hérédité, pas de graves maladies antérieures.

Le 29 mai 1884, ce sous-officier, en garnison à Corte, se présente à la visite du médecin civil chargé du service; il accuse une douleur vague dans l'hypogastre, un peu au-dessus de la symphyse pubienne, et plus vive en arrière dans la région lombaire. Le volume de l'abdomen est si bien normal que le médecin croit à une simulation et, sans l'exempter du service, lui dit que « ce ne sera rien ».

Les douleurs ne se calmant pas, deux jours après Danliac se représente à la visite et cette fois entre à l'infirmerie-hôpital de Corte. Le ventre est un peu plus dur, tendu ; le malade accuse des douleurs toujours invariablement fixées à l'hypogastre et dans les reins, si bien que le docteur Zuccarelli se décide à le sonder sans résultats ; il demeure en cet état onze jours, traité par des frictions d'huile camphrée ; l'abdomen prenant peu à peu du volume et les douleurs demeurant constantes aux points précités, il est évacué le 12 juin sur l'hôpital militaire de Bastia, où il entre après un long trajet en voiture avec le diagnostic *ascite?*

A ce moment, son état semble déjà grave. La face est pâle,

FEUILLETON

L'ORDRE DES MÉDECINS

La question de l'Ordre des médecins, comprise dans le programme du Congrès médical de 1845, et qui était restée sans solution, a été reprise, il y a deux ans, avec un grand talent, une force de conviction et une ardeur de propagation remarquables, par M. Surmay (de Ham) et M. Mougeot (de Bar-sur-Aube). Elle a été discutée dans la presse, discutée au sein des Sociétés locales des départements, discutée enfin devant l'Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France, où le projet de nos deux honorables confrères, après un long et vif débat, vient d'être rejeté.

Chargé par le Conseil général d'analyser les délibérations de toutes les Sociétés locales, et de présenter sur ce sujet un rapport d'ensemble à l'Assemblée générale, nous avons été tenu, par nos fonctions et nos devoirs de rapporteur, à une discrétion plus grande que bon nombre de nos confrères de la presse qui ont pu en toute liberté examiner, discuter notre rapport adressé aux Sociétés locales dès les premiers jours de mars, et nous faire même l'honneur d'en reproduire des fragments plus ou moins étendus. La question mérite d'être présentée aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE qui n'ont pu suivre les délibérations des Sociétés locales ou de l'Assemblée générale ; il est possible aussi que, dans un avenir plus ou moins prochain ou éloigné, elle renaisse de ses cendres, et un document reproduisant fidèlement la phase qu'elle vient de traverser ne sera pas alors sans intérêt; pour cette double raison, nous demandons la permission de reproduire ici sinon en totalité, du moins dans ses parties principales, notre rapport dont les conclusions ont été adoptées lundi dernier par l'Assemblée générale.

F. DE R.

amincie, à demi hippocratique ; la température, à cinq heures du soir, est de 39°,5 ; la langue sèche et couverte d'un enduit blanchâtre ; mais ce qui commande l'attention, c'est l'abdomen saillant et volumineux, dont la circonférence est déjà de 0m,80 au niveau de l'ombilic.

Le ventre est dur, tendu ; il n'a pas la forme bactracienne de l'ascite, mais la saillie en avant et un peu pyriforme de l'abdomen d'une femme enceinte. A la percussion, la matité existe partout, excepté tout à fait en haut, en un petit point du creux épigastrique ; à la palpation, on ne sent ni lobes ni bosselures ; le tout est à peu près indolore.

Le changement de position n'amène pas de déplacement de la matité; le choc, pas de sensation de flot ou de fluctuation apparente ; il n'y a œdème ni des parois ni des extrémités inférieures. Ces signes contradictoires, joints à la température élevée, à la marche rapide de l'affection, à la persistance des douleurs obstinément fixées dans les reins et l'hypogastre, nous rendent très perplexe.

MM. Frison, médecin principal de première classe en retraite, et Boutonnier, médecin-major de première classe au 141e de ligne, sont appelés par nous à voir ce malade et partagent nos hésitations ; on institue un traitement antiphlogistique : cataplasmes, bains de siége, frictions mercurielles, purgatifs légers, boissons nitrées.

M. le docteur Frison s'assure, par des interrogations répétées, que le malade « n'a pas vu son ventre grossir peu à peu depuis longtemps et qu'il n'a jamais eu de difficultés à boutonner son pantalon ». Danliac réitère l'affirmation que le 29 mai est le premier jour de sa maladie. Informations prises à sa compagnie, « il a fait son service jusque-là ».

Le 14 et le 15 juin, les douleurs persistent, la température se maintient à 33° et 39°,6 ; le soir, avec rémission, à 38°,3 ; le matin, insomnie persistante causée par les douleurs lombaires toujours fixes.

Le 16, il y a un peu d'œdème entre les malléoles, et le 17 il se prononce une infiltration des deux membres inférieurs qui s'étend le 18 au scrotum.

Le 19, les parois du ventre elles-mêmes s'œdématient et deviennent les jours suivants le siége d'une circulation complémentaire (varicosité des veines superficielles). Les urines, examinées plusieurs fois à l'acide nitrique, n'ont pas donné trace d'albumine ; elles sont couleur rouge brique foncé ; soumises à l'analyse de M. le pharmacien-major Choisel, elles donnent :

20 juin. — Coloration : jaune rouge, assez limpides. — Densité : 1,015 à T. + 15°. — Légèrement acides. — Traces infinitésimales d'albumine. Absence de glucose, d'acides et de pigments biliaires.

Sédiments très peu abondants, constitués par quelques leucocytes, des cellules épithéliales et quelques spermatozoïdes.

Du reste, le ventre n'a pas changé de forme et d'aspect ; il paraît un peu plus étalé par l'infiltration des parois ; il est toujours le siége de douleurs hypogastriques en avant et rénales en arrière. Il n'y a pas de gêne de la respiration, pas de toux ; les battements du cœur sont normaux, les poumons ne sont le siége d'aucun œdème ; pas de liquide dans les plèvres ni le péricarde.

On comprend, à la lecture de ces contradictions symptomatiques, quel fut notre embarras : plusieurs hypothèses étaient admissibles, mais pour chacune d'elles surgissaient des signes négatifs et des contradictions ; toutefois, le malade s'affaiblissant, le volume du ventre augmentant et la circonférence ayant atteint 0m,95 au niveau de l'ombilic, nous nous décidons le 22 juin, bien qu'ayant des doutes sur l'existence d'un liquide, à une ponction exploratrice. Toutefois, arrivé au lit du malade, en présence de la matité sans déplacement, de l'impossibilité de retrouver les anses intestinales, si sonores dans l'ascite, de la forme du ventre et de la fièvre, nous déclarons formellement à notre camarade Boutonnier hésiter fort et remettons au lendemain pour nouvel examen en présence de M. le docteur Frison.

Le 23, de l'avis de ces deux confrères, la ponction est faite au trocart (lieu d'élection) ; à notre étonnement médiocre, il ne sort pas une goutte de sérosité mais 65 grammes d'un sang épais, plastique, se prenant rapidement en caillot, coulant lentement. Un stylet introduit dans la canule pour désenkyster, rompre des fausses membranes ou des brides, n'arrive à rien ; il pénètre sans résistance à une profondeur de 0m,19 jusqu'au-dessous de l'ombilic; nous pratiquons une circumduction en tous sens : pas de résultats, pas de liquide ; la sensation d'un tissu mou.

Il nous faut retirer la canule et occlure l'ouverture, puis, bien qu'à peu près sûr que le péritoine a subi d'assez graves modifications adhésives pour n'être guère inflammable, de la glace est mise sur le ventre et les reins.

Le 24 et le 25 juin, cette glace amène une sédation des douleurs ; c'est le seul remède qui « ait soulagé » ; la température ne s'élève pas sensiblement, le malade n'a ni vomissements ni douleurs abdominales ; le péritoine ne réagit pas.

Le 26, devant cette innocuité et dans la pensée de l'un de nous que le liquide enkysté a pu être manqué par la première ponction, une deuxième est faite à gauche ; il en coule 100 grammes de sang ayant les mêmes caractères que précédemment, mais sans une goutte de sérosité. Edifiés sur la tolérance péritonéale, nous promenons le stylet dans tous les sens jusqu'à une profondeur de 0m,22, mais absolument sans résultats.

Le 27 et 28, même tolérance péritonéale ; l'état général s'ag-

---

Rapport sur le projet de création d'un Ordre des médecins, présenté à l'Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France au nom d'une Commission composée de MM. Bucquoy, Dufay, Gallard, Vannesson et de Ranse, rapporteur.

Messieurs,

Dans son Assemblée générale des 12 et 13 avril de l'année dernière, l'Association générale des médecins de France a pris en considération le double vœu, relatif à l'institution d'un *Ordre des médecins*, émis par M. le docteur Surmay, au nom de la Société de Saint-Quentin, et par M. le docteur Mougeot, au nom de la Société de l'Aube. Il a été décidé, dans cette même réunion, que, pour faire de cette question une étude aussi approfondie que possible, on publierait, dans l'Annuaire de 1885, les conclusions du rapport de Cerise au Congrès médical de 1845, le projet de M. Surmay, celui de M. Mougeot, et que, par une circulaire spéciale, on appellerait sur ces documents l'attention de chacune des Sociétés locales, en les invitant à faire connaître au Conseil général leurs appréciations respectives.

Le Conseil général a, comme vous le savez, exécuté fidèlement les termes de cette décision et, dans sa séance du mois de janvier dernier, il a chargé une commission composée de MM. Bucquoy, Dufay, Gallard, Vannesson et de Ranse, de dépouiller les avis, les conclusions, les vœux exprimés par les Sociétés locales, d'en faire une étude comparative et de vous en présenter un rapport d'ensemble. C'est ce rapport, messieurs, que j'ai l'honneur de lire au nom de la Commission et du Conseil général.

Vous avez eu tous sous les yeux, par l'Annuaire, les trois projets rappelés plus haut ; je puis donc ménager vos instants en me dispensant d'en faire ici l'analyse. Je me bornerai à signaler quelques points sur lesquels, bien que partant du même principe, ils se séparent dans l'application.

Dans le projet de Cerise, il n'existe pas de Conseil général de l'Ordre exerçant une juridiction suprême sur la profession tout entière et transformant celle-ci en une vaste corporation. L'appel d'une décision disciplinaire se fait d'un Conseil d'arrondissement au Conseil médical du chef lieu du département, et de celui-ci au Conseil médical de l'arrondissement le plus éloigné. Il est bon, en outre, de faire remarquer que la radiation définitive n'est prononcée

grave, le développement du scrotum est devenu énorme, l'infiltration des membres inférieurs prend une forme éléphantiasique, le malade s'affaiblit.

En présence du résultat prévu et funèbre de l'expectation, de la jeunesse et de l'énergie du sujet, de la tolérance péritonéale, prouvée deux fois, enfin de l'absence de tout autre remède, nous proposons une incision sur la ligne blanche pour aller à la découverte et, s'il est possible, par l'ablation d'une tumeur, « rendre la vie au malade ».

Cette proposition est basée sur ce que depuis le 27 il y a du ténesme anal et vésical, par conséquent des signes d'une compression réelle. Notre opinion est écartée; on objecte qu'on ne sait ce qu'on rencontrera ni où on ira (1). Bref, on s'en tient à l'expectation qui, après l'becticité,des sueurs profuses et une longue agonie, conduit le malade au résultat prévu; il est mort le 1er juillet, à six heures du matin.

La veille même, le 30 juin, il a été pris de vomissements par régurgitation; il rend même les aliments liquides et, ce qui dénote bien une compression stomacale, il indique lui-même que, si on le redresse sur le lit et si on le met dans la verticale, « ça peut passer ».

Poids après le décès : 84 kil. 200. (La taille étant de 1m,65, le poids normal devait être de 66 à 70 kil.)

1re circonférence	de l'abdomen au niveau de l'ombilic			1m,02
2e	—	—	l'épigastre	1m,01
3e	—	du scrotum	—	0m,51
4e	—	de la cuisse droite —	—	0m,55
5e	—	— gauche —	—	0m,57

Avant de faire l'autopsie, et pour établir loyalement notre part d'erreur, voici le diagnostic de probabilité que nous lisons à MM. les docteurs Frison, Boutonnier et Stoupy qui veulent bien nous assister :

« Tumeur ou masse de compression quelconque agissant sur la « veine-cave inférieure, la vessie, le rectum et l'estomac.

« Siège primitif de cette néoplasie : le tissu cellulaire périnéphré- « tique (on verra que c'était une erreur).

« Cette tumeur bride l'intestin, le détient complètement en « arrière (ce qui était vrai); elle paraît enkyster quelque peu de « liquide séro-sanguinolent (erreur encore, née des ponctions).

« Le péritoine a subi une inflammation adhésive avec brides, « pseudo-membranes, épaississement et dégénérescences pro- « bables.

« Il se pourrait que la néoplasie fût un encéphaloïde, et le sang « extrait des ponctions ainsi que les douleurs et l'absence de séro- « sité tendraient à le faire croire.

« Toutefois la marche de la maladie a été bien rapide et la « teinte jaune paille n'était pas bien caractérisée. »

On voit combien tout cela était approximatif; le diagnostic ne pouvait être fixé, comme cela a eu lieu dans les cas similaires, que par l'opération, l'incision exploratrice ou l'autopsie.

(A suivre.)

(1) Comme on le verra plus bas, l'extirpation a été constamment mortelle, la canule n'ayant ramené aucune bribe du tissu ; l'incision exploratrice seule eût été pratique, mais dans un but purement diagnostique.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE LA MALADIE DE BRIGHT CHEZ LES HERPÉTIQUES. — ÉTIOLOGIE, — PATHOGÉNIE, par le docteur SÉJOURNET (de Revin), lauréat de l'Académie de médecine.

Suite. — Voir les numéros 17 et 18.

OBS. V. — Femme D..., 32 ans, maigre, petite et d'un aspect délicat, a eu souvent des épistaxis dans sa jeunesse; elle a trois enfants vivants et bien portants. Etant enceinte du dernier, elle a éprouvé des douleurs violentes de névralgie sciatique.

Après chaque accouchement, elle était prise d'eczéma impétigineux du cuir chevelu, et on était obligé de lui couper les cheveux pour atteindre le mal et le soigner.

Le 16 octobre 1883, cette femme était enceinte de son quatrième enfant et dans son neuvième mois de grossesse. Elle nous fait appeler, la nuit, pour la soulager d'une oppression très violente, accompagnée de palpitations et d'angoisses; nous remarquons de l'œdème des extrémités inférieures, trouvons l'urine chargée d'albumine et constatons des râles nombreux, disséminés dans les deux poumons. Régime lacté, ventouses.

Régime lacté à continuer jusqu'à l'accouchement, dans la crainte d'attaques d'éclampsie.

Le 5 novembre, nous découvrons une pleurésie droite et de la péricardite sèche caractérisée par un bruit de frottement à la base du cœur. Révulsifs et toniques.

9 novembre. — Accouchement sans aucun accident. La maladie, au lieu de s'améliorer, continue à s'aggraver, et le 17 novembre nous trouvons une anasarque très prononcée, accompagnée d'épanchement abdominal et de palpitations, avec forte impulsion du

que dans le cas où un membre du collège a été condamné à une peine afflictive ou infamante.

Le projet de M. Mougeot se rapproche du précédent par l'absence d'un Conseil général. Un Conseil de discipline départemental prononce sans appel les peines des trois premiers degrés; les deux autres peines, suspension et radiation, ressortissent à un tribunal supérieur composé, par voie de tirage au sort, de quatre présidents de Chambres départementales et d'un président pris au sort parmi les doyens des Facultés de médecine. Une disposition toute particulière distingue ce projet, c'est l'engagement contractuel, au moment où l'on reçoit le brevet de capacité représenté par le diplôme, d'exercer cette capacité conformément aux lois de la moralité professionnelle. Du moment où cet engagement est gravement violé, le contrat, et par suite le diplôme qui le porte, deviennent nuls et caducs.

Du reste, d'après une modification récente introduite par M. Mougeot dans son premier projet, la radiation de l'Ordre n'entraînerait pas l'interdiction d'exercer la médecine. La Chambre départementale qui aurait frappé de cette peine un médecin, donnerait à son jugement la plus grande publicité, pour qu'on sût bien que toute solidarité professionnelle serait rompue entre ce médecin indigne et ses confrères; mais le public resterait libre, à ses risques et périls, de recourir à ses soins, et si ce médecin, tombant de plus en plus bas, allait de l'indignité professionnelle jusqu'aux délits ou aux crimes de droit commun, du moins son déshonneur ne rejaillirait pas sur le corps médical, qui l'aurait expulsé de son sein.

Dans le projet de M. Surmay, l'Ordre des médecins est représenté par des chambres médicales d'arrondissement et un Conseil général siégeant à Paris.

Les Chambres médicales donnent l'investiture morale et nul ne peut exercer la médecine s'il n'est inscrit sur la liste de l'une d'elles. Elles peuvent prononcer toutes les peines disciplinaires; mais, pour la suspension et la radiation, appel peut être fait devant le Conseil général de l'ordre.

Le Conseil général centralise les actes des Chambres médicales, juge en dernier ressort les cas de suspension et de radiation dont appel est fait devant lui, exerce à tous les points de vue la magistrature la plus élevée et a la garde suprême de tous les intérêts professionnels. Ses pouvoirs, son influence, sont ainsi des plus

cœur. La péricardite a disparu, mais le cœur, qui était resté jusque-là d'un volume à peu près normal, paraît s'hypertrophier.

Traitement. — Digitale et diurétiques, lait et toniques. Urines : toujours chargées d'albumine, un litre à un litre et demi au plus.

10 décembre. — Pour la première fois, nous constatons au cœur un redoublement très net du premier bruit, simulant le bruit de galop. Ce redoublement est perçu à la pointe comme à la base; léger souffle au premier temps à la base. Les artères sont très résistantes; elles ne donnent pas au doigt la sensation des rugosités de l'athérôme, mais elles sont d'une dureté uniforme. Le pouls est assez régulier et égal, mais petit et mince. L'anasarque augmente de plus en plus.

4 janvier. — Le cœur, très hypertrophié, très gros, dans tous les sens, bat dans le neuvième espace intercostal, en dehors du mamelon; il est augmenté de volume dans tous ses diamètres.

21 janvier. — Ascite énorme, vomissements, oppression toujours très gênante; bruit de galop facile à percevoir. 120 pulsations.

3 février. — La malade a eu quelques vomissements et quelques mouvements convulsifs, suivis de perte de connaissance. L'urémie se met de la partie et la malade ne résistera pas longtemps. Du reste, elle ne veut plus suivre de traitement régulier et refuse la ponction de l'abdomen, qui eût été bien inutile.

17 février. — La malade s'éteint tranquillement, sans souffrance, sans convulsions.

Pendant sa maladie, elle n'a que très rarement saigné du nez, et peu à la fois; malgré les frictions sèches, elle n'a jamais transpiré. Nous notons ce détail parce qu'il ne manque pas d'importance, comme nous le ferons remarquer plus loin.

Réflexions. — Il est évident que, dans cette observation, il s'agit d'un cas de néphrite type, de la vraie maladie de Bright, en un mot. Nous savons que, chez les femmes qui ont eu de l'albuminurie pendant leur grossesse, la maladie disparaît le plus souvent d'elle-même après l'accouchement. La congestion rénale gravidique survit rarement à la délivrance, et on ne constate pas souvent qu'à l'hyperémie succède la phlegmasie, comme dit si bien M. le professeur Peter (1).

Le fait se produit cependant, et la néphrite peut faire suite à la congestion, comme notre observation en fait foi. Aussi nous dira-t-on que, dans ce cas, la maladie de Bright a son origine toute trouvée : la grossesse. Mais pourquoi, puisque la grossesse provoque si facilement l'albuminurie, ne la produit-elle que dans certains cas, et pourquoi cette albuminurie n'est-elle que très rarement imputable à la néphrite vraie? Il y a donc à considérer, à côté de la cause déterminante, le terrain sur lequel germe la maladie, terrain qui serait lui-même préparé par diverses influences.

Dans le cas présent, nous avons affaire à une femme herpétique : les névralgies, les épistaxis, les éruptions eczémateuses caractérisent son état constitutionnel. C'est donc la diathèse herpétique qui est ici responsable des accidents. Elle a entraîné la localisation des lésions vers le rein, déjà hyperémié par le fait de la grossesse, et elle a permis à une congestion rénale primitive de devenir une maladie de Bright.

La diathèse a été aidée, secondée par la grossesse pour entraîner la succession des phénomènes morbides qui ont commencé par l'hyperémie et se sont terminés par l'*urinémie*, selon le mot de M. le professeur Peter. La grossesse, il est vrai, comme le démontre ce savant maître, peut fort bien, à elle seule, déterminer les accidents dont nous avons rendu compte dans notre observation V; mais l'intervention d'une cause plus générale, comme l'herpétisme, nous paraît avoir un grand poids. Car, s'il est vrai que cette diathèse peut rendre compte des cas de néphrite, dont l'origine est restée obscure, à plus forte raison doit-elle expliquer les faits dans lesquels elle intervient, comme cause prédisposante, à côté de causes déterminantes dont la valeur est reconnue.

Et même l'herpétisme ne peut-il donner la solution de cette question posée plus haut : « Pourquoi la grossesse ne produit-elle que dans certains cas l'albuminurie et la néphrite? » Il y aurait donc prédisposition dans ces cas relativement rares. Quelle est la nature de cette prédisposition? Elle est due certainement à un état constitutionnel. Dans notre fait, c'est l'herpétisme. Nous ne prétendons pas dire que toutes les femmes grosses qui deviennent albuminuriques sont des herpétiques; et pourtant, la seule malade qui, dans notre clientèle, ait eu des attaques d'éclampsie, appartenait à une famille entachée d'herpétisme.

Mais passons à un autre ordre de réflexions. Nous avons vu que le cœur de notre malade, qui était sain au début, avait commencé à s'hypertrophier un mois après la constatation

(1) *Leçons de clinique médicale*, t. II : Les maladies puerpérales.

étendus et rappellent de loin l'autorité dont jouissait l'ancienne Faculté de médecine.

Je n'insiste pas davantage; les grandes lignes que je viens de tracer suffiront pour vous rappeler l'esprit et les dispositions principales de chacun des trois projets, et j'entre immédiatement en matière en vous faisant connaître les résultats qui nous sont parvenus des délibérations prises par les différentes Sociétés locales.

I

La commission a dépouillé les comptes rendus de quarante-trois Sociétés.

Cinq de ces Sociétés n'ont pas mis la question à l'ordre du jour de leur séance;

Six en ont ajourné l'examen à une séance ultérieure ou confié l'étude au bureau ou à la Commission administrative;

Quatorze ont émis une opinion favorable, quelques-unes cependant avec certaines restrictions, à l'institution d'un Ordre des médecins;

Dix-huit ont exprimé une opinion défavorable.

(Ici nous donnons, des délibérations des Sociétés locales, une analyse, trop étendue pour être reproduite, et qui nous a fourni les principaux éléments de la discussion à laquelle nous avons soumis, dans la seconde partie de ce rapport, le projet de MM. Surmay et Mougeot. On nous permettra de ne retenir, de cette première partie, que les résultats statistiques suivants.)

En somme, si l'on met hors du cadre les deux Sociétés de Saint-Quentin et de l'Aube, qui ont été les promotrices du projet, et si l'on range avec celles qui ont fait une réponse défavorable deux Sociétés au sein desquelles le secrétaire général a combattu ce projet, on voit que, sur 32 Sociétés qui ont fait connaître leur avis à propos du vœu exprimé par les deux premières Sociétés en faveur de l'institution d'un Ordre des médecins, 12 se sont prononcées pour et 20 contre cette institution.

Le projet de MM. Surmay et Mougeot est donc rejeté par la majorité des Sociétés locales.

(*A suivre.*)

École de médecine d'Alger. — Mme Fumat est nommée aide d'anatomie en remplacement de M. Labbé, dont la délégation est expirée.

des premiers symptômes d'albuminurie, et, qu'au bout de six semaines, nous avions pu constater un redoublement très net du premier bruit. De plus, à cette époque, les radiales, qui jusqu'alors nous avaient paru normales au toucher, avaient acquis une dureté résistante. Sauf le bruit de frottement de la péricardite, et un léger souffle à la base, souffle probablement anémique (1), le cœur ne nous a jamais laissé percevoir d'autre bruit anormal, indice d'une lésion valvulaire. Son hypertrophie ne dépendait donc pas d'une altération persistante, et nous sommes obligé de la rattacher à la néphrite. Du reste, n'était-ce pas l'opinion de Bright lui-même, qui subordonnait la maladie cardiaque à la lésion des reins?

Il est vrai que plus tard Traube considéra l'hypertrophie cardiaque comme exclusivement dépendante de la néphrite interstitielle; mais, comme le fait observer M. Dieulafoy (2) « l'opinion de Traube est loin d'être absolue, et, bien que « l'hypertrophie du cœur soit plus fréquente et plus accusée « dans les cas de petit rein contracté, elle n'est pas exclue, « il s'en faut, de la néphrite diffuse » (Ewald).

Du reste, le fait précédent n'est pas le seul qui nous ait permis d'observer cette succession de phénomènes : néphrite parenchymateuse et hypertrophie cardiaque consécutive. L'observation suivante sera un argument de plus en faveur de l'opinion qui admet comme possible l'hypertrophie du cœur dans la néphrite parenchymateuse, et qui subordonne cette hypertrophie à la lésion rénale, au lieu de la considérer comme primitive, ou au moins concomitante. Mais nous reviendrons sur la discussion de ces faits quand nous étudierons la symptomatologie de la maladie de Bright.

Obs. VI. — Mme D.., 41 ans, femme d'un certain embonpoint, mère de quatre enfants, a eu autrefois des migraines, surtout pendant qu'elle nourrissait sa fille aînée, aujourd'hui âgée de 18 ans; presque toujours ses règles étaient annoncées par des éruptions d'herpès labialis. Elle n'a jamais saigné du nez étant plus jeune; mais elle a une sœur qui a eu de fréquentes épistaxis. Sa mère était affligée d'hémorrhoïdes et, elle-même, en a souffert pendant une de ses grossesses.

Un fils qu'elle a perdu, et qui est mort par suite de pleurésie purulente, à l'âge de 15 ans, avait aussi très souvent des épistaxis avant sa dernière maladie

En 1881, cette femme dut habiter un logement neuf, aux plâtres encore humides, et fut prise de douleurs articulaires dans les genoux et dans les épaules; elle souffrit pendant deux ans, ne trouvant un peu de soulagement que dans les frictions calmantes et l'usage interne de l'iodure de potassium. Le salicylate de soude restait impuissant contre ces douleurs vraiment chroniques. Le cœur, d'un volume normal, était bon, sauf un léger bruit de souffle à la pointe au premier temps.

Au mois de septembre 1883. Mme D.. ne vit plus ses règles, et les douleurs de l'épaule droite redoublèrent. Le 20 septembre, nous pûmes constater de l'œdème des extrémités inférieures, de l'enflure des paupières, de l'albumine dans les urines, des râles sous-crépitants dans les deux poumons et de la broncho-pneumonie, dont les signes allaient de droite à gauche, s'accusant par des poussées congestives. Le cœur paraissait s'hypertrophier.

Dès le 15 décembre, il y eut de la pleurésie à droite et un certain épanchement abdominal un peu plus tard. Palpitations cardiaques violentes. La dyspnée se prononce de plus en plus.

Du 15 au 20 décembre, la malade eut de très abondantes épistaxis et de fréquents vomissements. Elle est soumise au régime lacté et prend des diurétiques. Ses urines, pourtant, ne dépassent guère en quantité un litre à un litre et demi

Depuis le commencement de décembre, nous entendons de temps à autre un bruit de galop à la pointe du cœur; ce bruit est plus facile à percevoir quand la malade a fait quelques mouvements. Les artères superficielles sont assez résistantes. Le pouls, à 100 et 110, est égal et régulier.

Il y a des fourmillements des doigts et des troubles de la vue dont l'acuité paraît bien diminuée.

31 décembre. — Le cœur bat dans le sixième espace intercostal avec bruit de galop constant; la matité cardiaque est très étendue; la paroi thoracique se soulève à chaque systole, et on sent, à la palpation, le cœur battre en quelque sorte dans la main. C'est un cœur impulsif, dont l'hypertrophie est très accusée. L'albumine dosée par le procédé d'Esbach est d'environ dix grammes par litre. Anasarque énorme.

En janvier, dans le but de soulager cette malheureuse femme, nous lui faisons quelques mouchetures. Les jambes et les cuisses désenflent à vue d'œil, mais l'ascite et l'épanchement pleurétique persistent, la broncho-pneumonie ne cède à aucun traitement. Notre malade maigrit et se cachectise de plus en plus.

Pendant six semaines, Mme D... eut d'atroces démangeaisons par tout le corps, et les lotions calmantes y apportèrent peu de soulagement.

Dès le 15 janvier, les vomissements qui, depuis quelque temps, ne s'étaient pas reproduits, redoublèrent de fréquence : la malade rendait tout ce qui était ingéré, même une gorgée d'eau fraîche.

Le délire la prit, dura trois jours et ne cessa qu'à sa mort, qui fut précédée de mouvements convulsifs.

Réflexions. — Cette observation rappelle un peu la précédente, au point de vue de la marche des lésions cardiaques, car ces lésions se sont produites secondairement, après la constatation de l'albuminurie, dans les deux cas que nous venons de rapporter; cette observation, disons-nous, concerne certainement un cas de néphrite parenchymateuse ou tout au moins diffuse, bien que notre conviction ne puisse s'appuyer sur l'autopsie; mais, pas plus que la précédente, elle ne rappelle la symptomatologie de la néphrite interstitielle : ce n'est donc pas dans cette variété de néphrite seulement que l'on observe l'hypertrophie du cœur, avec bruit de galop. D'un autre côté, la lésion cardiaque, apparaissant après le début de la maladie de Bright, permettrait en quelque sorte de considérer cette lésion comme conséquence de la néphrite; elle doit avoir tout au moins à compter avec cette dernière; du reste, nous discuterons cette manière de voir dans le courant de notre travail.

Si la distinction que nous avons établie entre les diathèses arthritique et herpétique est bien vraie, notre malade de l'observation VI n'est ni une arthritique ni une rhumatisante. Elle a souffert, non de rhumatisme articulaire aigu, mais de douleurs chroniques localisées surtout dans les épaules. Il est vrai que nous avons constaté, avant l'apparition de l'albuminurie, un léger souffle cardiaque au premier temps à la pointe, et que pour cette raison on pourrait croire à une influence franchement rhumatismale. Mais M. Lancereaux fait remarquer que si les poussées articulaires de l'herpétisme peuvent donner lieu à une lésion cardiaque, cette lésion diffère absolument de celles que déterminent les attaques aiguës de rhumatisme franc (*Traité d'anatomie pathologique*).

De plus, cette dernière affection n'atteint pas le système

(1) On nous objectera que ce souffle systolique pouvait dépendre d'une aortite, bien admissible, à côté de la dureté des artères superficielles; nous n'y contredirons pas, mais nous ferons remarquer que ces altérations étaient secondaires à la néphrite.

(2) Maladies des reins. *Manuel de pathologie interne*, t. II.

artériel comme le fait l'herpétisme, et nous avons vu que les artères de notre malade étaient dures et résistantes.

D'un autre côté, les migraines, les éruptions d'herpès aux lèvres, les hémorrhoïdes gravidiques, les manifestations diathésiques observées dans la famille de notre malade, nous permettent de la considérer comme herpétique.

Nous ferons ici la même remarque que pour l'observation IV. Car, s'il est permis de penser que l'habitation froide et humide a été la cause occasionnelle de la maladie de Bright, dans le cas présent, c'est à l'herpétisme que revient toute l'importance du rôle de cause prédisposante, cause préparant le terrain de longue date à l'éclosion de la maladie.

(A suivre).

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Suite. — Voir le numéro précédent.

IV. Fragments d'un cadavre, question d'identité. — V. Recherches expérimentales sur la production des ecchymoses sur le cadavre. — VI. Diagnostic de la mort par submersion. — VII. Cristaux produits par la putréfaction cadavérique.

IV. C'est grâce à un effort d'induction encore plus marqué que le docteur de Castro a pu arriver à reconstituer l'identité de la victime dans le cas suivant (1). On avait découvert dans un puits, aux portes d'Alexandrie, en Egypte, des fragments d'un cadavre que l'on se contenta de mettre dans un sac et d'ensevelir, les médecins de la police égyptienne ayant déclaré qu'il était impossible de rien reconnaître. L'exhumation fut faite le lendemain, sur la demande d'un Italien fixé en Egypte et dont la servante avait disparu.

M. de Castro fit l'examen médico-légal, et de cet examen minutieux il a conclu que les fragments appartenaient à un sujet du sexe féminin, en se basant sur la délicatesse des os, qui étaient très lisses, et dont les saillies n'étaient pas très accentuées, sur le peu de courbure de la clavicule, sur la petitesse du corps des vertèbres, sur l'étroitesse et la minceur du pubis, sur ce que les cuisses, de forme conique, faisaient un angle prononcé avec les jambes. Les dents de sagesse n'étant pas encore entièrement sorties des alvéoles, le docteur de Castro a évalué l'âge de la victime entre 25 et 35 ans; et d'après la longueur du radius et de l'humérus, comparée à la longueur du membre inférieur, le médecin a pu, en s'appuyant sur les recherches de Devergie, conjecturer la taille du sujet et confirmer en même temps qu'il s'agissait d'une femme, le membre supérieur étant court relativement au membre inférieur. Des taches de sang ayant été retrouvées sur le sol de la maison près de laquelle le cadavre avait été découvert, M. de Castro a conclu que les fragments retrouvés étaient bien ceux de la servante italienne habitant la maison voisine, servante qui avait disparu depuis plusieurs mois.

V. Etudiant les conditions qui favorisent la production des ecchymoses après la mort, le docteur V. Pincherli a fait au laboratoire de Padoue (1) une série d'expériences qui l'ont amené à conclure que les ecchymoses se produisent d'autant plus facilement et sont d'autant plus manifestes, que la cause qui les provoque agit à un moment plus rapproché de la mort. Sur 30 expériences, les ecchymoses sont apparues 26 fois. Sur les 4 cas restants, deux fois le choc n'a pas été assez violent. En général, des ecchymoses peuvent se produire tant que la mort ne remonte pas à plus de 2 heures. Au delà de 2 heures, leur apparition est incertaine, à moins qu'il n'y ait des conditions spéciales de fluidité dans le sang.

VI. Dans un travail on ne peut plus important, fait sous l'inspiration de M. le professeur Brouardel, M. Henri Bougier (1) a tâché de répondre à cette question, restée jusqu'ici fort obscure : Peut-on diagnostiquer la mort par submersion ? M. Bougier, après avoir consulté à ce sujet tous les hommes compétents de la France et de l'étranger, a essayé de résoudre ce problème en se demandant : 1o si l'aspect extérieur est le même chez les noyés et chez les cadavres immergés *post mortem;* 2o si l'eau et les matières étrangères pénètrent chez les noyés et chez les immergés, *post mortem*, dans le larynx, la trachée, les bronches, même les bronches les plus reculées, dans l'estomac et dans l'oreille moyenne ; 3o si l'on trouve constamment de l'écume chez les noyés et si l'on trouve cette écume chez les submergés *post mortem ;* 4o si le sang est plus fluide chez les noyés que chez les cadavres immergés après la mort; 5o enfin, s'il y a des signes certains qui puissent faire sûrement diagnostiquer la mort par submersion, chez les cadavres à l'état frais et chez les cadavres putréfiés.

Voici comment M. Bougier a résolu ces questions :

1o L'aspect extérieur est à peu près le même chez les submergés et chez les immergés *post mortem*.

2o L'eau et les matières étrangères pénètrent aussi bien dans les voies respiratoires et dans les bronches des submergés que dans celles des immergés *post mortem*, mais chez ces derniers, les *corps étrangers* ne dépassent pas les cinquièmes ou sixièmes divisions bronchiques, et le liquide est arrêté aux bronches moyennes par la colonne d'air comprimé, tandis que chez les submergés, il pénètre jusque dans les petites bronches. L'épiglotte est verticale chez les submergés, alors qu'elle n'est qu'entr'ouverte chez les cadavres immergés. L'eau pénètre en assez grande quantité dans l'estomac des premiers et *jamais dans celui des derniers*, et en faisant l'analyse comparative entre ce liquide et celui trouvé dans les bronches on peut arriver à un diagnostic certain. Il en est de même, toute proportion gardée, pour l'oreille moyenne (sur 27 submergés, le docteur Bougier a trouvé 21 fois de l'eau dans l'oreille moyenne).

3o La mousse en champignons ne se trouve que chez les submergés.

4o Si la fluidité du sang existe dans certains empoisonnements par l'opium et quelques asphyxies par les gaz délétères, il est facile, à l'aide du spectroscope et de l'analyse, de faire le diagnostic. Chez tous les submergés qu'il a observés, M. Bougier a constaté une fluidité remarquable du sang, surtout dans les plus petits vaisseaux; c'est particulièrement en dépouillant le crâne de son péricrâne qu'on peut s'en convaincre d'une manière frappante. Alors le sang, que l'on a beau étancher avec une éponge, reparaît continuellement en

(1) *Unione med. egiziana*, 15 novembre 1884, et *Lo Sperimentale*, février 1885.

(1) *Riv. sperimentale di freniatria e di medicina legale.* — 1885, page 27.

(1) Thèse inaugurale, Paris, 1885. — Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

gouttes sur la surface des os ; ces gouttes grossissent et ruissellent sans relâche le long de la tête. On observe quelquefois le même phénomène dans les asphyxies par des gaz délétères, ou à la suite d'empoisonnements par certains narcotiques, entre autres par l'opium. Mais, en ayant toujours présentes à la mémoire ces causes de fluidité dans ces différents genres de morts, il sera facile de faire le diagnostic différentiel à l'aide du spectroscope et de l'analyse chimique. Chez ces immergés *post mortem*, M. Bongier a toujours remarqué des caillots dans le cœur droit et dans les gros vaisseaux. Chez les chiens asphyxiés par le gaz d'éclairage et immergés ensuite, il a souvent remarqué des caillots rougeâtres ; dans certains cas, ils étaient déliquescents, tout en conservant une certaine consistance.

Le professeur Brouardel dit que, pour que la fluidité du sang se produise, il faut que l'individu se noie lentement. Si la mort est précipitée et si le noyé ne revient pas à la surface, le cœur peut alors contenir des caillots.

5° Quand un cadavre est retiré de l'eau à l'état de putréfaction, le médecin légiste ne peut établir que des présomptions lorsque la putréfaction a débuté par la tête, le cou et le thorax, qu'il y a eu transsudation de liquide rougeâtre dans les plèvres, et du liquide dans les oreilles moyennes.

VII. Le docteur Auerbach ayant eu à faire, près de Cologne, l'examen du cadavre de deux enfants qu'on soupçonnait avoir été empoisonnés, l'exhumation fut faite 120 jours après la sépulture (1). La putréfaction n'était pas très avancée (c'était pendant l'hiver). Dans le premier cadavre, l'estomac, médiocrement distendu par du liquide, présentait une muqueuse couverte d'une énorme quantité de petits cristaux effilés, blancs, très transparents. La surface externe de l'estomac et la séreuse recouvrant le diaphragme offraient, du côté gauche, les mêmes cristaux. L'autopsie du second cadavre décela la présence des mêmes cristaux dans les mêmes organes et de plus dans l'intestin grêle. De prime abord, la pensée d'Auerbach se porta sur des substances toxiques pouvant se reconnaître à l'état cristallin (strychnine, sublimé et quelques sels d'arsenic). Mais les cristaux existaient en si grande abondance sur la séreuse pariétale, que l'expert fut tout disposé à n'y voir que le résultat d'un phénomène cadavérique. De fait, l'analyse chimique démontra que ces cristaux n'étaient que du phosphate ammoniaco-magnésien, dont il ne fut pas difficile d'expliquer la formation en réfléchissant à la quantité d'ammoniaque qui se forme aux dépens des matières albuminoïdes et à la présence possible de sels de magnésie. Il restait à expliquer cependant le fait de la grande abondance de ces cristaux qui, en fin de compte, ne furent rencontrés au microscope que dans des tissus putréfiés. Le problème fut résolu quand on sut que, dans les derniers jours de leur existence, ces enfants avaient ingéré une poudre que l'expert reconnut être du carbonate de magnésie.

(A suivre.) Dr Paul Fabre (de Commentry).

BIBLIOGRAPHIE

La scrofule et les bains de mer, par le docteur Van Merris, médecin principal de l'armée. — Un volume, chez J.-B. Baillière. — Paris, 1886.

Chaque été, les militaires atteints d'affections chroniques des ganglions, des os, des articulations, etc., sont dirigés sur les stations maritimes de Dunkerque, Calais, La Rochelle, Marseille et Nice, pour y faire usage des bains de mer. M. Van Merris, attaché depuis plusieurs années à l'hôpital militaire de Dunkerque, en qualité de médecin-chef, a eu l'occasion de soigner des centaines de ces malades, et son livre est le fruit de son expérience personnelle ; mais ce ne sont pas seulement des résultats pratiques, des chiffres et des indications qu'il nous apporte : il a su prendre son sujet de haut et le mener avec une largeur de vue qui ne se dément pas un instant. Cette impression, qui a été celle de M. Bergeron qui a eu à couronner l'ouvrage au nom de l'Académie, de M. le professeur Arnould qui le présente au public, est aussi la nôtre et sera celle de tous les lecteurs. Ceux-ci seront peut-être moins nombreux que si l'ouvrage (662 pages) était moins volumineux, et ce serait regrettable, car chacun de nous a beaucoup à y apprendre et à en retenir quelque chose au point de vue pratique, et l'on peut dire qu'au point de vue de l'instruction générale, peu de livres apportent un appoint aussi considérable.

Le livre premier est consacré à l'emploi des bains de mer dans la scrofule. Dans la plupart des pays, cette médication est aujourd'hui plus ou moins en honneur, grâce à l'initiative généreuse de quelques grandes âmes mues par une conviction profonde et un grand esprit de charité : Russell en Angleterre, Barellol en Italie, Mme Armengaud et le docteur Perrochaud en France. La grande difficulté n'était pas de faire bénéficier les classes aisées de cette précieuse ressource contre la scrofule, puisqu'elles se portent de plus en plus, comme par instinct, chaque été vers la mer ; mais il fallait surtout y faire participer la population pauvre, celle qui paie à cette lamentable maladie le tribut de beaucoup le plus lourd. L'Italie est aujourd'hui le pays qui compte le plus d'« ospizii marini », plus de vingt, et la construction du premier, celui de Viareggio, ne remonte qu'à 1856. M. A.-J. Martin a dressé une carte de ces hospices disséminés sur tout le pourtour de la Péninsule : ils sont tous dus à l'initiative privée, leur fonctionnement est parfait et les services qu'ils rendent sont appréciés de tous. L'Angleterre, qui ne possédait à l'origine que l'hospice des scrofuleux de Hargate, près de l'embouchure de la Tamise, compte aujourd'hui trente établissements du même genre. La Hollande, la Suisse, l'Allemagne, ne sont pas restées en arrière de ce mouvement, et là où on n'a pas pu créer des stations maritimes, on a fondé des colonies sanitaires, des sanatoria sur les montagnes ou auprès des sources thermales. La France ne possède encore que l'hôpital de Berck-sur-Mer, qui appartient à l'Assistance publique, et sur le littoral méditerranéen deux hospices marins fondés par des particuliers : M. Dollfus à Cannes, M. Frœdlant à Nice ; il est à espérer que nous ne nous en tiendrons pas là et que d'autres établissements semblables s'élèveront bientôt, dûs à l'esprit de charité et d'association. Cela est d'autant plus désirable que chaque année la statistique du recrutement prouve combien la scrofule est encore fréquente dans notre pays. En attendant, l'influence heureuse de l'air sain sur la scrofule est démontrée par la rareté relative de celle-ci sur le cordon de notre littoral. Même dans les grandes villes, comme le Havre et Dunkerque, là où la scrofule infantile est fréquente, grâce à des habitudes hygiéniques déplorables, on constate qu'elle est rare chez les adultes hommes, parce que ceux-ci sont souvent retenus hors de chez

(1) *Vierteljahr. f. gericht. Medizin.* Janvier 1884.

eux par leurs occupations et subissent l'action vivifiante de la mer.

L'auteur passe en revue les diverses affections contre lesquelles la médication marine est employée et donne pour chacune les résultats, les indications et contre-indications. La proportion des guérisons est en général de 75 à 80 %, ce qui est d'autant plus remarquable qu'il s'agit d'affections à marche traînante contre lesquelles le traitement, tant à l'hôpital qu'à domicile, est d'une impuissance reconnue. Il y a là tout un code de thérapeutique marine qui trouvera son application et donnera une inspiration heureuse dans bien des cas considérés comme désespérés. Les adénites, surtout lorsqu'elles sont suppurées, les abcès froids, les ophtalmies scrofuleuses, les affections des os et des articulations, etc., sont également justiciables de la *thalassothérapie* et fournissent des résultats également merveilleux. L'eau est employée en bains, en pansements, à l'intérieur; mais une large part de l'influence vivifiante doit être attribuée à l'air marin. Il est bon de rappeler que l'on serait moins souvent obligé d'aller chercher au loin cette médication si l'on avait des logements bien disposés et largement ouverts à l'air continental. En attendant cette ère bénie de l'hygiène, si elle arrive jamais, on sera obligé de recourir encore longtemps aux hôpitaux marins et de les multiplier, et on doit remercier M. Van Merris d'avoir tracé de main de maître les indications et contre-indications, les avantages et le mode d'emploi de cette thérapeutique énergique, qui n'est pas encore connue et appréciée comme elle mérite de l'être.

Dr Richard.

THÈSES D'AGRÉGATION EN MÉDECINE

Concours de 1886

I. Des migraines, par M. le docteur G. Sardat (de Montpellier). — Paris, 1886, Ad. Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs. — II. Des vertiges, par M. le docteur E. Weill, médecin des hôpitaux de Lyon. — Paris, 1886, J.-B. Baillière et fils.

I. Les classifications diverses des migraines admises ou proposées jusqu'à ce jour offrent toutes un caractère et un défaut commun, celui de reposer sur la pathogénie encore fort obscure de ce syndrôme. A ces divisions étiologiques prématurées, M. Sardat a préféré avec beaucoup de raison une distinction plus simple, plus clinique. Il divise les migraines en migraine *vulgaire* et migraines *sensorielles*.

Le chapitre Ier de sa thèse est consacré à la description symptomatique des diverses variétés qui constituent ces deux groupes. Il s'attache surtout à l'étude des migraines sensorielles. Tout en admettant l'existence possible de migraines olfactive, gustative, auditive, il insiste spécialement sur la *migraine ophthalmique*. Il en retrace soigneusement la physionomie clinique, dans sa *forme ordinaire* (apparition dans le champ visuel de la figure lumineuse à contours tremblés, le scotome, avec hémianopie latérale, hémicranie, nausées et vomissements); dans sa *forme fruste*, où l'on voit un ou plusieurs des symptômes précédents faire défaut; dans sa *forme dissociée* (où tous les signes se montrent au cours de l'accès, mais à d'assez longs intervalles); enfin, dans sa *forme associée*, dans laquelle des troubles de la sensibilité générale et de la motilité (aphasie, parésies, convulsions épileptiformes) viennent s'ajouter aux phénomènes primordiaux.

Le chapitre II a trait à l'étiologie de l'accès et de l'affection elle-même.

Dans le chapitre III, M. Sardat passe successivement en revue les interprétations pathogéniques qui ont été proposées. Les théories de Dubois-Reymond (resserrement tétanique des vaisseaux par excitation du grand sympathique), de Mollendorf (dilatation vasculaire par paralysie sympathique), de Jaccoud (tétanos et paralysie vasculaire se succédant à deux moments de l'accès), d'Eulenburg, sont tour à tour discutées et abandonnées. L'auteur adopte l'opinion mixte de Gubler, Vulpian, Grasset, et, tout en reconnaissant l'action vaso-motrice, il accorde au trijumeau un rôle important dans la physiologie pathologique de l'accès.

II. Les *vertiges* constituent un groupe morbide dont les éléments sont bien inégaux et par leurs conditions étiologiques et par leur signification diagnostique. Aucun travail d'ensemble n'avait encore été fait sur cette intéressante question. La thèse de M. Weill est venue combler cette lacune, et il faut savoir gré à l'auteur d'avoir su réunir et coordonner en peu de jours les documents si divers et si complexes de ce difficile sujet. L'enquête a donc été consciencieusement faite. Comme toutes les études de séméiologie pure, la monographie de M. Weill prête difficilement à l'analyse. La description clinique de toutes les variétés de vertige, du vertige Menière en particulier, y est succinctement faite, et nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur.

Avant d'entreprendre l'exposé clinique des diverses formes de vertiges, l'auteur s'est efforcé d'en établir une classification pathogénique. Pour ce faire, il a posé dans un premier chapitre les lois de l'équilibration et envisagé tour à tour l'équilibration réflexe (cervelet, pédoncule, canaux semi-circulaires, nerfs de l'espace, etc.), l'équilibration dans ses rapports avec les organes des sens et l'équilibration par action réflexe et sensorielle. Après avoir lu ce chapitre, où se trouve dressé le bilan des données expérimentales certaines apportées par la physiologie, on ne peut s'empêcher, en présence des interprétations si diverses jetées par les auteurs sur ces faits expérimentaux, de trouver que la pathogénie du vertige est bien obscure encore, et qu'il est peut-être un peu tôt pour tenter une classification des vertiges d'après leur physiologie pathologique.

A. D.

BULLETIN

Assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France.

La séance du premier jour a eu lieu sous la présidence de M. Larrey, vice-président, et s'est ouverte par un rapport de M Bergeron, membre du Conseil général, sur les opérations du vote pour la présidence de l'Association.

M. Bergeron a constaté que le vote du 18 mars avait donné, sur 3,188 suffrages exprimés, 3,167 voix à M. Roger, et il trouve dans cette élection quasi unanime la preuve de l'estime en laquelle les membres de notre grande fédération tiennent celui qu'ils ont appelé pour la troisième fois à les présider.

M. Roger prend place au bureau sur l'invitation de M. Larrey

et prononce une allocution qu'interrompent à plusieurs reprises les bravos de l'auditoire.

Il débute par l'éloge du regretté Lunier, dont la physionomie intelligente et fine manque à ces réunions, qu'il animait de son sourire et de sa cordialité communicative. Puis M. Roger remercie tous ses *co-sociétaires* de l'avoir réélu président et les médecins membres du Parlement qui ont, l'an dernier, demandé et obtenu pour lui la croix de commandeur.

C'est, en effet, un bel exemple de solidarité confraternelle.

M. Roger dit quelques mots de la situation financière, et afin de la rendre plus florissante encore, il annonce qu'il donne à l'Association, pour sa Caisse de retraites, la nue propriété d'une rente de 400 fr. 3 0/0 dont Mme Roger sera l'usufruitière le plus longtemps possible, souhaite M. Roger, et nous de même. Mme Cloquet et M. Worms ont, chacun de leur côté, constitué dans des conditions identiques, la première une rente de 400 fr.; le second une de 200 fr. M. Ricord, un récidiviste de la bienfaisance, a donné 500 fr. M. Brun doit être content de ces générosités, qui viennent accroître le trésor dont il a la garde. Et, en effet, M. Brun est content; il nous le dit dans un rapport très clair par le style et très éloquent par les chiffres.

La Caisse centrale a reçu en 1885, comme versements par les Sociétés locales, pour droit d'admission, dixièmes de cotisations et de revenus, la somme de 22,521 fr. 30. Ajoutons-y les intérêts que donne la Caisse des dépôts, nous arrivons au chiffre de 33,525 fr 63, total des recettes, sur lesquelles, après dépenses d'intérieur prélevées, on a versé 12,000 fr. à la Caisse des pensions. Celle-ci possède 955,572 fr., soit 64,000 francs de plus que l'an dernier; et, sur cet excédent, 9,630 fr. proviennent de donateurs généreux : MM. Roger, Morel d'Arleux, Lanneloogue, Millard, Cazeneuve (Achille), Ricord, Galezowski.

Ces dons, et les ressources relativement considérables de la Caisse des pensions, ont permis d'élever les 67 pensions que distribuera l'Association cette année au chiffre uniforme de 600 fr., idéal longtemps rêvé et si précaire encore pour les invalides de la profession; espérons que, grâce à la contribution de donateurs nouveaux, grâce aussi aux versements importants que feront à cette Caisse les Sociétés locales qui ne veulent pas thésauriser, on atteindra comme minimum le chiffre de 1,200 fr. de pension.

A la suite du compte rendu de M. Brun, M. Durand-Fardel, au nom de la commission chargée de contrôler les actes du trésorier, est venu faire un rapport élogieux et approbatif de ces comptes si bien tenus, et de cette gestion si intelligente et si ferme.

M. le docteur Horteloup était chargé cette année du rapport de la Commission des pensions; il a fait un tableau navrant des infortunes de nos sociétaires de province que la maladie rend impropres à tout travail, et qui, sans le secours de l'Association, mourraient littéralement de faim. C'est un spectacle consolant que celui du soulagement apporté à ces misères émouvantes, et c'est à ce spectacle que se retrempe l'esprit de confraternité qui lutte avec tant d'abnégation et de persévérance contre les coups immérités du sort.

M. le docteur Foville a pris ensuite la parole, et, dans un rapport brillant, a montré les actes de l'Association pendant l'année qui vient de s'écouler.

Il rappelle tout d'abord la part prise par l'Association à l'érection d'une statue à Laënnec, puis à celle d'une statue à Bouilland.

Il note au passage la distinction accordée à M. Roger quand il a été nommé commandeur de la Légion d'honneur. Jetant un coup d'œil d'ensemble sur les progrès de l'Association, il constate l'adhésion de plus de 400 membres nouveaux et l'agrégation d'une Société que diverses circonstances avaient désorganisée et qui s'est réveillée plus vivace et plus nombreuse : c'est celle de l'île de la Réunion, et c'est à nos confrères, MM. de Maby et Millet-Fontarabie, le premier député, le second sénateur de cette colonie française, que nous devons cette reconstitution.

Après une allusion aux rapports de MM. Passant et de Ranse sur les déclarations de décès et sur la constitution d'un Ordre de médecins, M. Foville parle d'un procès heureux pour un de nos confrères de Montluçon, que l'Association a protégé, que nos conseils judiciaires, MM Vannesson et Morillot, ont aidé. La Cour de Riom a cassé le jugement qui avait condamné ce médecin.

M. Michaux, de la Société locale du Doubs, s'est vu également, grâce à une consultation de Me Morillot, relever d'une amende prononcée contre lui, parce qu'il avait refusé, se retranchant derrière le secret professionnel, de se laisser interroger au sujet de faits relatifs à une jeune fille de quinze ans, inculpée d'outrage public à la pudeur.

L'Association a été moins heureuse dans le cas du docteur W.., qui a fait grand bruit, on le sait. Il s'agissait d'une divulgation d'un secret médical. Notre confrère a payé d'une amende son infraction absolument inutile à l'article du Code, qui punit la trahison du secret médical, même sans l'intention de nuire. Pourquoi M. le docteur W. ne se bornait-il pas à dire que le peintre B. L., son ami, n'avait pas eu la maladie qu'on lui imputait; pourquoi, à la négation, a-t-il voulu ajouter l'affirmation de la maladie à laquelle a succombé son client ?

M. Foville a ensuite appelé l'attention de l'assemblée sur diverses questions intéressant le corps médical et soumises au Parlement.

C'est d'abord une pétition qu'a fait signer à 2,148 de ses confrères, M Douvre, trésorier de la Société de la Seine-Inférieure, touchant le privilège des médecins pour soins médicaux donnés dans la dernière maladie, et que la pétition propose d'étendre du cas de partage à la suite de décès, au cas de faillite ou déconfiture. La pétition a été déposée au Sénat, par M. le docteur Dufay, sénateur, et c'est le docteur Hébert, sénateur de l'Orne, qui a fait là-dessus un rapport concluant à ce que le privilège s'étende aux soins donnés aux membres de la famille vivant avec le défunt. Le renvoi de la pétition au garde des sceaux a été prononcé, et elle a été transmise au Conseil d'Etat, qui l'étudie en même temps que la loi sur l'exercice de la médecine.

Cette loi, déposée par M. le docteur Chevandier de la Drôme, qui déjà l'avait présentée à la dernière législature, a été discutée l'an dernier au sein de l'Association. Elle sera probablement votée, d'autant plus que le ministre du commerce a fait, de son côté, préparer un projet par le Comité consultatif d'hygiène de France. Ce dernier projet s'occuperait, entre autres détails, des officiers de santé, et proposerait d'étendre leur droit d'exercice à tous les départements qui sont du ressort de la Faculté devant laquelle ils ont passé leurs examens.

La législation relative aux Sociétés de secours mutuels va être modifiée. Il y aura toujours deux sortes de ces sociétés; les complètement indépendantes du gouvernement; les autres, nues plus intimement rattachées à l'administration supérieure. Parmi celles-ci figureraient toutes nos Sociétés locales qui, outre les avantages financiers dont elles jouissent déjà, auraient le droit d'ester en justice, de pouvoir recevoir des dons et legs dont le chiffre ne serait pas limité, etc.

On se rappelle les jugements successifs du tribunal de Domfront, de la cour de Caen et de la Cour de cassation, qui ont dénié aux Syndicats médicaux le droit d'ester en justice, accordé par la loi du 24 mars 1884 aux autres syndicats. Le Conseil général devait-il, comme on le lui a demandé, présenter une requête aux pouvoirs législatifs pour que l'assimilation des syndicats médicaux aux syndicats professionnels fût complète? Le Conseil a mieux aimé laisser à la réunion des délégués le soin d'en décider.

A la fin de la séance, MM. Passant et de Ranse ont lu leurs rapports sur les déclarations de décès aux administrations et sur la création d'un Ordre des médecins. Nous en parlerons dans huit jours, en rendant compte de la séance de lundi, dans laquelle ils ont été discutés.

M. Martineau a annoncé une bonne nouvelle aux délégués: désormais, comme les membres des Sociétés savantes et des congrès français, ils jouiront sur les chemins de fer de France d'une réduction de moitié.

Le soir, à 7 h. 1/2, — n'était-il pas plus de 7 h. 3/4? — grand banquet à l'Hôtel Continental: 150 médecins présents environ; ceux de Paris, moins nombreux que d'ordinaire, et je redis toujours que c'est dommage!

Cinq toasts: M. Roger, aux délégués de province; réponse par M. Thomas, de Tours, par un toast au président; M. Durand-Fardel boit au conseil judiciaire de l'Association, qui répond par l'organe de M. Morillot; enfin, toast de M. Delvaille, aux bienfaiteurs absents. Tous spirituels, ces toasts, cela va sans dire.

Nous rendrons compte, dans le prochain numéro, de l'importante séance de lundi, dans laquelle a succombé l'Ordre des médecins, — mort avant d'avoir vécu!

Dr C. DELVAILLE.

BILAN DE LA CAISSE DES FONDS GÉNÉRAUX ET DE LA CAISSE DES PENSIONS VIAGÈRES AU 1er AVRIL 1886.

Fonds généraux.

Encaisse du trésorier au 1er avril 1886.	6.851 07	88.521 07
Fonds disponibles à la Caisse des dépôts et consignations..............	51.670 »	
Fonds non disponibles à la même Caisse.	30.000 »	
Nu-propriété de 17 fr. de rente 3 0/0 (legs Blatin).		
Nu-propriété de 20,000 fr. de capital (legs Caffe).		
Nu propriété d'un titre de rente 3 0/0 de 600 fr. (don de M. le président Henri Roger).		
Nu-propriété d'un titre de rente 3 0/0 de 400 fr. (don de Mme la baronne Cloquet).		
Nu-propriété d'un titre de rente 4 1/2 0/0 de 600 fr. (don de M. le président Henri Roger).		
Caisse des pensions.		
Encaisse du trésorier au 1er avril 1886.	3.082 93	955.572 78
Fonds de retraites à la Caisse de la vieillesse pour le service des pensions.	594.935 »	
Fonds disponibles pour la constitution de pensions nouvelles............	357.554 85	
Total.....		1.044.093 85

NOTES & INFORMATIONS

EXPOSITION D'HYGIÈNE URBAINE. — Cette exposition s'ouvre aujourd'hui vendredi au public, et sera inaugurée officiellement demain, à 11 heures du matin, sous la présidence de M. le ministre du commerce et de l'industrie. Hier, MM. Martin et Napias, qui en ont été les principaux organisateurs, en ont fait, comme dans une répétition générale, les honneurs aux représentants de la presse. Cette exposition présente un grand intérêt et comptera certainement de nombreux visiteurs qui rendront hommage à l'heureuse initiative de la Société de médecine publique.

L'exposition a été organisée, comme on sait, dans la caserne Lobau. Dans la cour et au rez-de-chaussée se trouvent les constructions, appareils ou machines exigeant un grand développement, une chaudière ou une force motrice: modèles de canalisation souterraine, conduites des eaux ménagères, installations de cabinets d'aisances, avec cuvettes à siphon et réservoirs de chasse automatiques, filtres pour les eaux de consommation, étuves à désinfection, ventilateurs, etc., etc. Le premier étage est plus particulièrement réservé à l'exposition des plans, dessins, reliefs, mobiliers, etc. (hygiène des écoles, des hôpitaux, des prisons, des édifices publics, etc.). Parmi les principaux exposants, nous avons déjà cité et nous rappellerons l'Assistance publique, le laboratoire municipal, l'observatoire de Montsouris, le laboratoire de M. Pasteur, les villes de Paris, Bruxelles, Le Havre, Nancy, Pau, etc.

Contrairement à ce qui a lieu d'habitude, il n'y aura distribution de prix ni de récompenses quelconques entre les exposants. La Société de médecine publique s'est réservé une liberté entière d'appréciation et le droit de recommander, comme elle l'entendra, les appareils ou systèmes qui lui paraîtront le mieux réaliser dans la pratique les progrès de l'hygiène.

— LA CAISSE DE PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS. — Les adhérents à cette Caisse ont tenu leur Assemblée générale annuelle dimanche dernier, dans les salons du Grand-Vefour, au Palais-Royal. La veille, le Conseil général, composé du Comité directeur et du Conseil des censeurs, s'était réuni chez le Président de l'œuvre, M. Dujardin-Beaumetz, pour arrêter l'ordre du jour de la séance. Les rapports du secrétaire général et du trésorier, dont les comptes ont été contrôlés par le Conseil des censeurs, accusent un progrès lent mais continu de l'Association, qui possède déjà plus de cent mille francs en caisse, et s'élèvera bientôt audessus de toute objection par la progression rapidement croissante de sa fortune.

— BANQUET DE L'INTERNAT. — ANNUAIRE DE L'INTERNAT. — Samedi, 1er mai, a eu lieu le banquet annuel des anciens internes et internes actuels en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, au Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Près de 150 personnes assistaient à cette réunion; plusieurs allocutions ont été prononcées par MM. Brouardel, Verneuil, Pamard, etc.

— Nous avons vu la nouvelle édition de l'« Annuaire de l'internat en médecine et chirurgie ». Malgré tout le soin avec

lequel la Commission a corrigé les épreuves, il reste encore un certain nombre d'erreurs.

C'est ainsi que, page 64, à la promotion 1885, on a oublié d'inscrire les noms des trois premiers internes reçus, et la liste commence par le numéro 4.

Comme cet « Annuaire » fait loi, en quelque sorte, lorsqu'il s'agit de chercher si tel médecin a on n'a pas été interne des hôpitaux de Paris, nous espérons que la Commission voudra bien réparer cette erreur en faisant imprimer une note rectificative qui pourra être placée en tête de la promotion de 1885.

A. M.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Bourdin (de Choisy-le-Roi), ancien président de la Société de statistique de Paris, et membre de plusieurs autres Sociétés, au sein desquelles il jouissait d'une sympathique estime. Praticien très recherché, notre regretté confrère trouvait le temps de suivre le mouvement scientifique, et plusieurs de ses travaux, plus particulièrement relatifs à des questions de médecine publique, ont été l'objet de comptes rendus élogieux dans la Gazette médicale. Il est mort dans sa soixante et onzième année.

— Nous apprenons aussi avec une douleur profonde la mort de M. le docteur Gillebert-Dhercourt père, président de la Société de médecine de Paris, qui vient de succomber dans sa soixante-dix-huitième année. Notre regretté confrère s'était plus spécialement livré à la pratique de l'hydrothérapie et il s'était retiré depuis plusieurs années à Enghien, où il mettait à profit les résultats de sa grande expérience. Il presidait régulièrement les séances de la Société de médecine de Paris, et sa verte vieillesse faisait espérer qu'il avait encore de longs jours à vivre. Il était estimé et aimé de tous ses collègues dont les sympathiques regrets le suivront dans la tombe. Que son fils, notre collègue aussi, trouve dans l'expression unanime de cette sympathie un adoucissement à sa douleur !

— Au dernier moment nous arrive la triste nouvelle de la mort de M. Legrand du Saulle, chef de service à la Salpêtrière, l'un de nos médecins aliénistes et médecins légistes les plus féconds et les plus distingués. Notre regretté confrère a été frappé subitement hier matin chez lui. Il n'avait que cinquante-six ans.

***

École de médecine de Nantes. — M. Ceshron, pharmacien de première classe, est chargé, à titre provisoire, des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

M. Lefèvre (Jacques-Julien), licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, agrégé de physique, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

— Par décret du président de la République en date du 4 mai 1886, ont été promus, dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal :

Les médecins de 1re classe : MM. Duberge (Auguste-Ferdinand) et Ardouin (Léon).

Récompenses honorifiques. — Les récompenses suivantes viennent d'être décernées aux médecins et élèves en médecine et pharmacie qui se sont distingués pendant l'épidémie cholérique de 1885.

Nord. — Une médaille d'argent de première classe à M. Grousset, médecin, à Aubais ; une médaille d'argent de deuxième classe à MM. Milhaud et Molines, internes des hospices de Nîmes.

Hérault. — Une médaille d'argent de deuxième classe à M. le docteur Bordon, adjoint au maire de Frontignan.

Var. — Une médaille d'or de deuxième classe à M. Guérin, pharmacien en chef des hospices de Toulon ; une médaille d'argent de première classe à M. Bounic, pharmacien interne à l'hôpital Bon-Rencontre ; une médaille d'argent de deuxième classe à MM. Duchon-Doris, Laperveuche, Lesage et Guillet, internes des hôpitaux de Paris ; Boulouys et Hauric, internes des hospices de Toulon ; mentions honorables à MM. les étudiants Moussoir, Maisse Luc, Maqneyrolle, Guillon, Oroncé, Pélissier, Erhart.

— Le registre d'inscription du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central, qui doit s'ouvrir le lundi 10 mai 1886, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu, est clos. Les candidats, au nombre de cinquante et un, sont : MM. les docteurs Hirtz (Edgard), Siredey, Bourcy, Decaisne, Delpeuch, Faucher, Juhel-Rénoy, Josias, Liandier, Richardière, Duplaix Gaucher, Lebreton, Leduc, Leroux (Charles), Leroux (Henri), Marie, Mathieu, Martin, Petit, Robert, Barthélemy, Dreyfous, Galliard, Giraudeau, Ledenx-Lebard, Martinet, Netter, Thibierge, Variot, Béclère, Béringier, Buzot, Gallois, Cilbert, Darier, Jean, Lejard, Robin, Hirtz (Hippolyte), Rabinski, Capitan, Charrin, de Gennes, Gauchas, Havage, Legendre, Lorey, Œttinger, Stackler et Pennel.

Les membres du jury, tirés au sort, sont : MM. les docteurs Hallopeau, Decroizilles, Landouzy, Brouardel, Damaschino, Danlos et Després.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation dans le bois de Vincennes, dimanche prochain, 9 mai 1886. Le départ aura lieu gare de Vincennes, à onze heures et demie.

— M. le docteur Terrillon commencera ses leçons cliniques *sur les affections chirurgicales de l'abdomen et les organes génitaux de la femme*, le mercredi 12 mai, à 10 heures, à la Salpêtrière, et les continuera les mercredis suivants. — Opérations le samedi.

— Hôpital Bichat. — *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard commencera des leçons à l'hôpital Bichat le dimanche 9 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Les quatre premières leçons seront consacrées : 1o aux Indications thérapeutiques en général (9 mai) ; 2o à l'Angine de poitrine et à son traitement, avec présentation de pièces anatomiques (16 mai) ; 3o à la Spectroscopie appliquée à la clinique, par M. le docteur Hénocque (23 mai) ; 4o au Diagnostic et au traitement des névroses cardiaques (23 mai).

***

Société de médecine légale. — Séance du lundi 10 mai 1886, à quatre heures très précises, au Palais-de-Justice, dans la salle des Référés.

Ordre du jour. — I. Discussion sur la question posée par M. Yvon relativement à la responsabilité des pharmaciens pour l'exécution des ordonnances contenant des substances toxiques : vote des conclusions de la Commission. — II. Suite de la discussion sur l'empoisonnement par la colchicine. — III. Sur quelques accidents gangréneux consécutifs à l'emploi topique du phénol Bohœuf sans ordonnance d'un médecin, par M. Secheyrou, interne des hôpitaux. — IV. Sur un cas de pseudo-hermaphrodisme ayant entraîné une erreur dans les actes de l'État civil, par M. le docteur Benoist (de Saint-Nazaire), membre correspondant. — V. Rapport médico-légal sur un cas d'empoisonnement par l'ergot de seigle ; avortements répétés ; mort avec gangrène des extrémités, par M. le docteur G. Pouchet.

Le secrétaire général, Gallard.

— LA GAZETTE GÉOGRAPHIQUE ET L'EXPLORATION, journal hebdomadaire, 6, rue Cassette.

Sommaire du n° 18 — Lettres du Maroc. — L'expédition autrichienne au Congo. — L'assassinat de Léon Barral. — Affaires coloniales de la France. — Mouvement colonial de l'étranger. — Nouvelles géographiques. — Nouvelles maritimes. — Renseignements commerciaux et statistiques. — Revue des Sociétés. — Bibliographie et cartographie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 25 AVRIL AU SAMEDI 1er MAI 1886

Fièvre typhoïde 15. — Variole 8 — Rougeole 43 — Scarlatine 8. — Coqueluche 26. — Diphtérie, croup 34 — Choléra 0. — Dysentérie 1 — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 4 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 52. — Phthisie pulmonaire 213. — Autres tuberculoses 43 — Autres affections générales 80 — Malformation et débilité des âges extrêmes 44. — Bronchite aiguë 28 — Pneumonie 102 — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 19. — au sein et mixte 30 — Inconnu 8 — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 95. — de l'appareil circulatoire 83 — de l'appareil respiratoire 78. — de l'appareil digestif 41 — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 6 — des os, articulations et muscles 5 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 21. — Causes non classées 22. — Total de la semaine : 1138 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Crimes et délits dans la folie, par C. Max Simon, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bron. Un vol. in-18 de 245 pages. — Paris. 1886. — Prix : 2 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traité théorique et pratique des maladies de la peau, par M. J.-B. Hillairet, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, etc.; et E. Gaucher, chef de clinique médicale à l'hôpital Necker, préparateur des travaux d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. Tome Ier : Anatomie et physiologie de la peau ; pathologie générale ; dermatoses inflammatoires communes. Un beau volume grand in 8 de 670 pages, avec figures dans le texte et 8 planches chromo-lithographiques hors texte, exécutées d'après nature. — Prix : 17 fr. — L'ouvrage sera complet en deux volumes. Le tome II, qui contiendra 12 planches hors texte, est actuellement sous presse. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La fièvre typhoïde traitée par les bains froids, par R. Tripier, professeur à la Faculté de médecine et L. Bouveret, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8 de 611 p. avec 27 tracés. Paris, 1886. — Prix : 6 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hantefeuille.

De l'ankylostome duodénal, ankylostomasie et anémie des mineurs, par le docteur F. Trossat, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Un vol. grand in-8 de 100 pages avec 2 planches gravées sur cuivre hors texte. — Prix : 3 fr. 50 — Paris, à la librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 20 15 MAI 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

OPHTHALMOLOGIE

RAPPORT ENTRE LES AFFECTIONS DENTAIRES ET CERTAINS TROUBLES OCULAIRES, par P. REDARD. — Communication à la Société française d'ophthalmologie.

La relation entre les affections dentaires et les maladies des yeux est connue depuis longtemps ; nous trouvons en effet dans Travers et Fick, en 1824 et 1826, des observations sur ce sujet.

Plus récemment, les oculistes et les dentistes se sont occupés de cette intéressante question. Caffé, Notta, Desmarres, Delestre, Galezowski, Decaisne, Métrae, Power, ont donné de précieuses observations.

On connaît parfaitement aujourd'hui les maladies des voies lacrymales, de l'orbite, consécutives à des inflammations ayant leur origine dans le système dentaire et propagée par continuité de tissu.

Les maladies oculo-dentaires par voie réflexe sont moins connues et passent quelquefois inaperçues, l'examen du système dentaire étant négligé. Elles sont cependant très fréquentes, d'après nous, et il nous a suffi de faire quelques recherches sur ce point dans les cliniques de nos maîtres Abadie et Galezowski pour recueillir de nombreux documents.

Le but de cette communication est de faire voir que certains troubles oculaires d'origine indéterminée et rangés sous la dénomination vague d'amblyopie ou d'amaurose reconnaissent pour cause une irritation de la cinquième paire, au voisinage de dents malades, se transmettant par voie réflexe aux diverses membranes de l'œil.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie de ces accidents, renvoyant à l'ouvrage de Brown-Séquard sur les nerfs vaso-moteurs et aux remarques de cet auteur.

A la suite de lésions dentaires, de caries, lorsque la pulpe dentaire est intéressée et qu'une irritation survient du côté du trijumeau, on peut observer des lésions des diverses membranes de l'œil.

Les troubles de la conjonctive et de la cornée, surtout à la suite de la dentition, conjonctivite, kératite suppuratives, iritis, sont connus et nous n'insisterons pas.

Nous voulons aujourd'hui attirer l'attention sur quelques troubles oculaires en rapport avec les affections dentaires, troubles qui passent pour rares, parce qu'ils sont souvent méconnus. Ils sont cependant, à notre avis, d'une grande importance au point de vue thérapeutique, car il suffit de

FEUILLETON

L'ORDRE DES MÉDECINS

RAPPORT SUR LE PROJET DE CRÉATION D'UN ORDRE DES MÉDECINS, PRÉSENTÉ A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE AU NOM D'UNE COMMISSION COMPOSÉE DE MM. BUCQUOY, DUFAY, GALLARD, VANNESSON et DE RANSE, rapporteur.

Suite. — Voir le numéro précédent.

II

Ce rapport, messieurs, pourrait s'arrêter là. Mais vous jugerez peut-être qu'il n'est pas sans intérêt, après le travail d'analyse qui précède, de reconstituer la synthèse des arguments présentés en faveur ou à l'encontre de l'Ordre des médecins, en les opposant directement les uns aux autres, et en cherchant ainsi à apprécier leur valeur respective. Il est d'ailleurs possible que, chemin faisant, nous nous arrêtions à telle considération qui a échappé à l'attention des divers rapporteurs dont nous avons résumé les travaux. Cette revue, enfin, permettra au Conseil général, dont je suis en ce moment l'interprète comme rapporteur de la Commission qu'il a nommée, de vous faire connaître son avis sur la question soumise à vos délibérations.

Il importe d'abord de rappeler, pour déblayer une partie du terrain, que, dans le projet de loi sur l'exercice de la médecine adopté, sur le rapport de M. Lunier, par l'Assemblée générale de l'an dernier, il a été question de peines disciplinaires applicables aux médecins qui se sont rendus coupables de délits ou de crimes de droit commun. Il ne sera donc question, dans la discussion qui va suivre, que des moyens propres à prévenir ou à réprimer les actes contraires à l'honorabilité et à la dignité professionnelles.

Afin de n'oublier ni de négliger aucun point important, j'examinerai successivement le projet de création d'un Ordre des médecins : 1o dans son exposé des motifs ; 2o dans son principe ou dans son but ; 3o dans son organisation et ses moyens d'exécution ; 4o dans ses conséquences.

1o *Exposé des motifs.* — Les raisons qui ont inspiré les auteurs

guérir l'affection dentaire pour voir disparaître comme par enchantement la maladis oculaire.

Ces troubles se manifestent sur le système musculaire ds l'œil, sur le muscle ciliaire, sur les membranes profondes de l'œil et snr le nerf optique.

Nous possédons plusieurs observations de paralysie on de spasme dn muscle ciliaire se produisant chez de jeunes sujets et reconnaissant pour cause une affection dentaire.

Il a suffi, dans cs cas, d'arracher la dent malads et douloureuse pour voir cesser la paralysie ou le spasme ciliaire.

Une très intérsssante observation ds scotome central et mydriase sans lésion ophthalmoscopique, reconnaissant pour causs uns carie dentairs (3e molaire ds la mâchoire inférieurs) nous a été communiquée par notre ami Despagnet.

Nous avons trouvé dans un travail d'Hsrmann Schmidt, dans les Archives de ds Graefs, un grand nombre d'observations semblables. Power insiste avec raison sur la fréquence de cette variété de troubles oculaires par lésions dentaires.

Nous avons anssi souvent observé chez les enfants dn strabisme st des paralysies des muscles oculaires, au moment de la dentition. Ds Graefs et Mitchell ont signalé cette variété de lésions oculo-dentaires.

L'amblyopie st l'amauross ont souvent été notées à la suite ds lésions dentaires. Nous nous souvenons avoir observé dans ls servics de M. Ricbet un cas d'amaurose persistant pendant lougtemps et reconnaissant manifsstement pour cause l'avulsion d'nns grosse molaire supérieure.

Les troubles les plus fréqusnts, ceux sur lesquels nous désirons insistsr, sont des troubles amblyopiques. Ces accidsnts, d'après nos observations, suivent à peu près toujours la même marche. Il s'agit de gens névropathes, de femmes principalement, sujettes à des névralgies et présentant une ou plusieurs dents cariées; il sxiste quslques points douloureux de la névralgie trifaciale; la vue s'affaiblit d'un côté, le plus souvent des dsux côtés. L'examen ophthalmoscopique ne révéle ancnns lésion. Le champ visuel est normal. Très fréqusmmsnt, nous avons noté l'existsnce de mouches volantes, ds stries blancbâtres ou noirâtres, de brouillards gênant la vision. Il y a très fréquemment, avec cela, de la paralysie ou du spasme du muscle ciliaire. La lumière est douloureuse; il y a un sentiment de pesanteur douloursux de l'œil, il existe souvsnt de l'hypérémie conjonctivals.

Ce qui pronve bien évidemment qns ces accidents oculaires tiennsnt à une lésion dsntaire, c'est que, *dès que la dent ou les dents malades sont enlevées, tous les troubles du côté de l'œil disparaissent.*

Dans un grand nombre d'observations que nous avons recueilliss et résnmées, la marche de l'affection est tells que celle que nous venons d'indiquer.

Dans d'autres cas, les accidents inflammatoires du côté de l'œil sont plus intenses; l'œil est douloureux, principalement dans la région ciliaire; il exists ds l'hypérémie conjonctivale. La tension est manifestement augmsntée; le champ visuel rétréci, la cornée trouble. Les accès douloursux ss rsproduisent, coïncidant avec une poussée inflammatoire du côté des dents, ds telle sorte qu'il est psrmis de se demander si, dans quelqnes cas de glaucome, les lésions dsntaires observées ne sont pas une cause de cstte affection. La constatation de ce fait nons paraît avoir une grands importancs et nous engage, dans les cas de glaucomes survenant chez ds jeunes sujets, chez lesquels les causes ds cette affection sont souvent si difficiles à déterminer, à rechsrchsr si les lésions du système dentaire ne doivent pas êtrs incriminées.

J'ai sn occasion de voir à la clinique du docteur Abadie un cas fort intéressant qui me paraît rentrer dans la catégorie de ceux dont je parls en ce moment.

Il s'agissait d'une femms de 28 ans, atteinte d'un glaucome avec tension très élevée de l'œil droit. L'œil gauche était normal. La santé générale de cette malade était parfaite; pas de douleur de tête ni de douleurs névralgiques; la cause de ce glaucome unilatéral était donc tout à fait obscurs.

Deux sclérotomies furent faites par M. Abadis, ns produisant qu'une détente momentanée et suivies de récidive. C'est alors qu'en xplorant avec soin le système dentairs de cette malade, M. Abadis trouva, du côté ds l'œil affecté, une racine dsntaire très douloureuss, dont il réclama l'extraction avant de faire une nonvelle tentative chirurgicale. L'extraction de ce chicot douloureux fut suivis, sans qu'on fît autre chose, d'une détente brusque immédiate ds la tension intra-oculaire, qui prouvait, à n'en pas douter, la relation effsctive snlre l'affection ocnlaire et l'affection dentaire.

Comme conclusion de nos recherches, nous dirons :

du projet et le justifient pleinement à leurs yeux psuvsnt se résumer dans les propositions suivantes :

Le niveau moral de la profession médicale a baissé ;

Les intérêts matériels sont également en souffrance ;

L'Association générale des médecins de France et les Syndicats médicaux sont impuissants à remédier au mal en remplissant d'une manière efficace un double rôle de moralisation et de protection ;

Une nouvelle institution est donc nécessaire et, par analogie avec les bons effets qu'ont produits, dans des professions libérales voisines, un Ordre ou des Conseils de discipline, on est conduit à la création d'un Ordre des médecins.

Je vois là, messieurs, des assertions ; mais j'ai cherché vainement des preuves convaincantes dans les développements que les auteurs du projet ont consacrés à cette partie de leur thèse. M. Mougeot, dans un discours inédit prononcé le 25 juin dernier devant la Société locale de l'Aube, a bien tracé de main de maître un tableau des misères morales de la profession et esquissé certains portraits au bas desquels il serait facile d'inscrire des noms. Mais ces misères sont-elles exclusivement de notre époque, ou sont-elles vraiment plus grandes de nos jours qu'autrefois, et les faits particuliers relevés par notre honorable confrère peuvent-ils être généralisés ? Notez que le thème est loin d'être nouveau. Chaque fois qu'il s'est agi de donner au corps médical une organisation destinée à remplir cette double action moralisatrice et protectrice que l'on recherche, on a fait valoir, à peu près dans les mêmes termes, les mêmes raisons. Voici, par exemple, ce qu'écrivait Réveillé Parise en 1831, c'est-à-dire quatorze ans avant le Congrès de 1845, dont on invoque toujours les travaux en pareille matière :

« Le charlatanisme, ce polype vivace et venimeux, est devenu plus hardi, plus effronté que jamais. Tout le monde lance aujourd'hui sa formule et son poison, jette son hameçon, amorce les dupes et les niais sans que rien ne le gêne. Les rues, les carrefours, les affiches, les journaux, les brochures, les compères, les cartes distribuées secrètement ou sur les quais, tels sont les honnêtes moyens employés pour se former une clientèle de médecin. C'e t un panthéisme industriel auquel on sacrifie sans scrupule et surtout sans danger ; de là ce discrédit où tombent les véritables médecins, et cette souillure de la robe doctorale qui frappe tous les regards, et ces insolentes réputations qui vous poursuivent, qui

Un grand nombre d'affectione oculaires reconnaissent pour canse nne altération du système dentaire.

Principalement dans les cas d'accidents donloureux et inflammatoires du côté de l'œil; dans les cas de glancome à cause obscure; dans les cas d'amaurose et d'amblyopie avec mouches volantes, brouillards, diminution considérable de la vision; dans les cas de spasme on de paralysie du mnscle ciliaire on des autres mnscles de l'œil; dans les cas d'asthénopie sans cause apparente, il faut examiner avec soin le système dentaire et commencer par instituer un traitement rigonreux de ce côté.

CLINIQUE CHIRURGICALE

TUMEUR MYXO-SARCOMATEUSE DE L'ABDOMEN (POIDS : 8 kil. 120. DÉVELOPPEMENT RAPIDE : 32 JOURS), par le docteur AMÉDÉE CHASSAGNE.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

AUTOPSIE faite vingt-huit heures après la mort :

Aspect du cadavre. — Infiltration considérable de tout le tissu cellulaire des membres inférieurs, du scrotum et surtout de l'abdomen doot la peau est fortement distendue; par contre, la face et les membres supérieurs sont amaigris; cicatrisation complète des deux ponctions pratiquées.

Abdomen. — L'abdomen étant ouvert et ses parois enlevées, apparaît, au lieu et place de l'intestin ou d'un épanchement quelconque, une masse énorme solide, noir rougeâtre, rouge ou blanche par poiots, d'aspect et de dureté variables, mais remplissant si exactement et tendant si bien la cavité abdominale qu'à la première ouverture faite dans l'hypocondre droit la tumeur se présente vivement en hernie.

Il ne s'écoule de l'abdomen ni sérosité ni sang; la masse solide est seule; elle occupe exactement tous les vides en exerçant une forte compression sur tous les autres organes qu'elle soustrait à la vue.

Les insertions antérieures du diaphragme étant détachées, les côtes incisées et le steroum luxé en baut, on aperçoit les pomons refoulés avec le diaphragme ratatiné, mais de consistance et de perméabilité normales; le cœur est repoussé, rapetissé; il n'y a de liquide ni dans les plèvres ni dans le péricarde; le foie, resserré et diminué, mais de couleur et de consistance habituelles. La vésicule biliaire est remplie de bile janne d'or.

Mais où la compression s'est exercée avec bien plus de force et plus directement, c'est :

1° Sur le côlon transverse (noique partie de l'intestin visible de prime abord) et qui, au lien d'être horizontal, est condé à droite età gauche en fer à cheval et a pour ainsi dire une portion médiane et deux coudes ayant pris par compression une direction antéro-postérieure;

2° Sur l'estomac, petit, diminué de volume, étranglé entre le pancréas, la coloone vertébrale et le diaphragme.

Le côlon transverse et l'estomac sont de couleur gris de suie clair, ainsi que le mésentère; tous trois sont bridés d'adhérences; les artères et veines mésentériques sont atrophiées, à peine visibles.

Il est évident que la circulation a presque déserté ces vaisseaux pour suivre des voies nouvelles.

En effet, nne iocision verticale faite de haut en bas de la tumeur et allant de l'appendice xyphoïde au pubis permet de constater au centre et en arrière de cette masse un tissu rouge sanguin de texture fibreuse, plein de trabécules et de nombreuses aréoles, ouvertures de vaisseaux adventifs, d'où s'écoule un liquide rouge, épais, filant comme de la gelée de groseilles. (C'est l'analogue de celui de ponction.)

L'iocision prolongée lentement d'en avant en arrière permet de constater l'homogénéité de ce tissu qui conserve ses caractères de dureté relative, de coloration rouge vif, de fibres, vacuoles et vaisseaux spongieux jusque sur la colonne vertébrale.

Son épaisseur est aiosi, d'en avant en arrière, de 0m,35. Dans toute cette étendue, la tumeur est identique; un fragment détaché pour l'examen histologique est lavé, dépouillé de sang et présente alors l'aspect d'un tissu à tractus et travées fibreuses et à forte vascularisation anormale.

En avant, puis sur les côtés de ce noyau rouge dn poids de 3 kil. 940 (vraisemblablement tissu pathologique origioel et le plus âgé), se trouve une masse d'apparence plutôt myxomateuse que graisseuse, d'aspect gélatineux, mou, colloïde, demi-traosparent et de couleur blanc grisâtre; elle se présente surtout dans l'hypocondre droit, au-dessous du foie, en trois lobes mamelonnés.

L'iocision permet de reconnaître l'adhérence intime de ce tissu au noyau rouge central et, à mesure qn'on s'en approche, on assiste à une transformation sensible à l'œil nu : le tissu gris devient par transition rosé, puis rouge brique, pour enfin se confondre avec la teinte rouge vif du noyau déjà décrit, point de départ vraisemblable de la néoplasie.

On remarque comme des faisceaux de fibres, des espèces de

---

vous harcèleot de leur audace, de leur impudence et de leurs triomphes. » (1)

Voilà, certes, un tableau suffisamment coloré aussi et qui montre que la situation morale du corps médical était loin d'être supérieure, il y a plus de cinquante ans, à ce qu'elle est aujourd'hui. Or, à en croire les esprits chagrins an tout au moins pessimistes qui, à différentes époques, ont écrit sur le même sujet, l'abaissement moral de la profession médicale aurait dû subir une progression telle que, de nos jours, aucun honnête bomme n'oserait y entrer.

Messieurs, il faut se garder de semblables exagérations; et, sans tomber dans l'excès contraire, sans pécher par trop d'optimisme, sans se dissimuler que, dans une profession qui ne compte pas moins de quinze mille membres, tous ne sauraient posséder au même degré les sentiments d'honorabilité, de digoité, de délicatesse qui doivent animer le médecin, reconnaissons que les défaillances individuelles ne sont ni assez graves ni assez nombreuses pour entacher la corporation tout entière, et faire qu'on ne doive pas être bonoré de lui appartenir

(1) GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, année 1831, p. 376.

Mais ces autres professions, qu'on nous donne pour modèles, et auxquelles on veut emprunter pour nous leur organisation, ontelles véritablement sur la nôtre une supériorité morale? Il ne suffit pas de l'affirmer, il faut le prouver. D'autre part, se trouveot-elles aussi bien qu'on se plaît à le dire de cette organisation qu'on semble leur envier? Savez-vous, par exemple, de quel prix l'avocat paie l'honneur ou le bonheur de posséder un Conseil de l'Ordre? Il lui est interdit : de réclamer ses honoraires en justice; — de produire à une faillite; — d'avoir à sa porte nn signe extérieur quelconque faisant connaître qu'il est avocat; — de se rendre chez ses clients à moins d'urgence et de grave maladie de ces derniers; — de mettre sur ses lettres ses heures de cabinet; — de traiter à forfait, etc., etc. L'avocat inscrit prête serment devant la Cour avant d'être admis au stage. S'il enfreint une des dispositions réglementaires qui précèdent, il s'expose à être rayé du tableau. J'ai consulté plusieurs d'entre eux, et il en est qui renonceraient volontiers à ce prétendu âge d'or qu'ils devraient à leur Ordre, pour jouir d'une plus grande somme de liberté. Une tradition bien établie est toujours difficile à rompre; mais qui sait, dans le cas où l'on permettrait au suffrage universel des avocats de trancher la question

circonvolutions dont l'extrémité externe est blanche pour devenir gris-rosé et enfin rouge en pénétrant dans le noyau profond d'origine.

Le petit bassin se trouve également rempli de cette masse gris-blanchâtre, molle, myxomateuse, qui a repoussé la vessie en avant, l'a comprimée vers le pubis, où elle est de très petit volume, mais sans altération de tissu.

Le rectum est également comprimé en arrière sans altération.

Ce n'est qu'en éloignant par des incisions successives et couche par couche cette gangue molle, dans laquelle on reconnaît quelques ganglions mésentériques fortement hypertrophiés, transformés eux-mêmes et variant du diamètre d'une aveline à celui d'un œuf de pigeon, avec des formes plus ou moins aplaties par compression (1), qu'en dehors du côlon transverse (aperçu seul et partiellement de prime abord) on découvre enfin dans l'hypocondre gauche et refoulée en arrière presque toute la masse de l'intestin grêle, noircie elle aussi, couleur de suie, diminuée de moitié en calibre et en volume, comme tassée par la compression; seuls, les côlons ascendants et descendants sont restés en place, mais recouverts et retenus en arrière par la tumeur (2).

L'intestin grêle est lié, puis enlevé avec précaution, pour reconnaître, s'il se peut, à quel pédicule originel peut se rattacher cette néoplasie si vite développée.

Ne pouvant l'enlever tout entière sans détruire des adhérences probables, nous l'incisons couche par couche, sauf à la peser par fractions.

Cette coupe fait percevoir mieux encore les transformations et transitions déjà décrites. A la partie antérieure, le blanc grisâtre tourne au rosé, puis au rouge plus accentué, puis au rouge vif qui constitue la partie profonde; en même temps, la résistance et la dureté à la coupe s'accentuent; elles sont à leur maximum avec la coloration sur la colonne vertébrale lombaire, point de persistance des douleurs et vraisemblablement origine de la tumeur.

En procédant ainsi couche par couche, nous découvrons dans l'hypocondre gauche la rate saine, un peu ratatinée, mais de coloration et de consistance normales; poids : 190 grammes. Puis, plus profondément, du même côté, enveloppé dans son tissu cellulaire *resté normal*, le rein gauche, un peu allongé, n'ayant plus sa forme caractéristique, grâce à la compression qui paraît avoir été plus grande de ce côté (se rappeler le volume de la cuisse gauche plus considérable, 0m,57), mais de coloration et de consistance normales; poids : 190 grammes.

Le rein droit, également normal, est un peu plus petit que le gauche (170 gr.) et non déformé, mais, sauf la diminution de volume et de poids, il ne présente aucune altération.

Les uretères sont normaux et sains.

Tout à fait en arrière, le long de la colonne vertébrale, l'aorte et la veine cave inférieure ne présentent qu'une diminution de volume, conséquence atrophique de la compression. La tumeur, pesée avec le plus grand soin, donne les chiffres suivants :

Noyau rouge originel vraisemblablement sarcomateux, 3 k. 940 grammes.

Couche antérieure et latérale blanc-grisâtre, vraisemblablement myxomateuse, 4 k. 240 grammes.

Poids total de la néoplasie, 8 k. 180 grammes.

Les déductions à tirer de ce cas exceptionnel sont multiples. Celle qui s'impose la première, à titre de rareté, est la rapidité du développement.

Dans les deux cas publiés par Kelsch et Wannebrouck, le début de l'affection remonte à environ deux ans (1); dans le cas de Freund et Waldeyer (lipo-myxo-sarcome) à un an (2); dans celui de Homans à deux ans et demi (3). En dehors des affections sarcomateuses, le tableau très complet de Terrillon (4) (lipomes plus ou moins dégénérés du mésentère) accuse pour 9 cas une moyenne de deux ans et six mois avec minimum de un an et maximum de sept.

Dans l'observation ci-dessus, les renseignements fournis par le malade et son médecin (qui d'abord crut à une simulation), puis contrôlés à la Compagnie, portent qu'il y a eu service effectif fait jusqu'au 29 mai; il s'est donc développé en trente-deux jours une tumeur abdominale de 8 k. 120 gr. Cette évolution est ce qui nous frappe le plus; elle constitue, sauf erreur de recherches bibliographiques que nous avons tenté de faire très complètes, un fait unique.

La seconde anomalie à signaler est le recouvrement com-

(1) Ces ganglions mésentériques ne présentent ni trace ni noyau de suppuration, mais sont de volume plus considérable qu'il ne nous a jamais été donné d'en constater dans les typhoïdes épidémiques les plus graves de Tunisie.

(2) Ce recouvrement complet de l'intestin donne l'explication de la matité constante dans tout l'abdomen, sauf tout à fait en haut, dans le creux épigastrique (estomac et partie du côlon transverse).

(1) Paris. Delahaye, 1881.

(2) ARCHIV WIRCHOW, p. 543, 1865.

(3) THE LANCET, p. 149, 1883.

(4) ARCHIVES GÉNÉRALES, 1886, p. 439.

du maintien ou de la suppression de leur Ordre, si, contrairement à ce qu'en pense M. Surmay, la majorité ne tendrait pas à se déplacer? Je ne tiens pas, d'ailleurs, à insister sur ce point; je me borne à ajouter que chaque profession a ses traditions, ses mœurs, ses coutumes, ses tendances, ses besoins, et que, en fait d'organisation, on ne saurait légitimement conclure, par analogie et d'une manière absolue, de l'une d'elles à une autre.

Si l'on doit se refuser à admettre cet abaissement moral de la profession contre lequel j'ai cru devoir protester, il faut bien reconnaître qu'au point de vue des intérêts matériels, elle traverse une période particulièrement difficile. Mais ces difficultés, elle les partage avec toutes les autres; les exigences de la vie sont devenues plus grandes et plus pressantes, la lutte plus vive, et, dans ce conflit de chaque instant entre tant d'intérêts opposés, chaque profession a à se protéger et à se défendre. Il n'est pas douteux qu'à ce point de vue une organisation, comme celle que proposent MM. Surmay et Mougeot, ne pût rendre de réels services; mais elle est loin d'être indispensable, et le but nous semble devoir être tout aussi facilement atteint par les moyens dont nous disposons déjà, surtout quand le projet de loi sur l'exercice de la médecine aura été voté par le Parlement.

L'impuissance, en effet, de l'Association générale et des Syndicats médicaux à sauvegarder les intérêts moraux et matériels de la profession, n'est rien moins que démontrée. En ce qui concerne l'Association générale, on ne saurait méconnaître l'influence moralisatrice qu'elle n'a cessé d'exercer. Il est inexact de dire, avec M. Surmay, qu'au sein de cette Association « la discipline et l'intérêt ne peuvent s'associer sans quelques concessions ». Qu'on lise les comptes rendus ou les procès-verbaux des réunions mensuelles du Conseil général et des séances des commissions administratives des Sociétés locales, et l'on verra par maint exemple que les questions de moralité professionnelle priment toutes les autres, et que, chaque fois qu'elles surgissent, elles sont étudiées et résolues sans la moindre préoccupation de ce qui en peut résulter pour la fortune sociale.

Relativement à la défense des intérêts professionnels, l'Association est intervenue fréquemment et a vu ses efforts couronnés de succès. Il est juste cependant de reconnaître que, dans cette voie, sa sphère d'action est limitée. Peut-être la nouvelle loi sur les Sociétés de secours mutuels lui permettra-t-elle d'étendre son action. Quoi

plet des côlons ascendant et descendant et d'une partie du transverse, si bien que, dès le premier jour de l'hospitalisation, le 12 juin, l'épigastre seul donnait un peu de sonorité. Ce fait est rare; une sonorité plus ou moins nette, mais perceptible, existe le plus souvent dans l'un des flancs, et à gauche de préférence.

En revanche, les faits communs aux quelques observations similaires sont : origine probable dans la région lombaire (douleurs dans les reins), et à droite (refoulement à gauche de toute la masse intestinale); forme du ventre proéminente en avant et un peu pyriforme; mort arrivant par compression progressive de l'estomac (vomissements incoercibles), des poumons (orthopnée), de l'intestin et des chylifères (désassimilation).

Cette tumeur, qui monte toujours, écrase pour ainsi dire la nutrition et la respiration.

Mais, il faut bien l'avouer, ce n'est là qu'un diagnostic fait *à posteriori*, après opération ou autopsie, en un mot *de visu*. Le diagnostic au lit du malade est autrement complexe. En fait, dans aucun cas, il n'a été précisé de façon positive et a dû demeurer approximatif.

Si, chez l'homme, il présente un peu moins de difficultés par élimination des tumeurs utérines et ovariques, le cas est plus rare aussi et l'esprit le prévoit moins.

Comme conséquence de ces tâtonnements obligés, des ponctions exploratrices ont souvent été faites; elles n'ont ramené que du sang et n'ont servi qu'à éliminer l'hypothèse d'un liquide libre sans détruire la suspicion de tout cloisonnement ou enkystement profond.

Terrillon (1) conseille l'incision exploratrice; c'est judicieux.

Quant à l'extirpation, elle a toujours été suivie de mort à bref délai dans les cas volumineux, même de tumeur graisseuse simple, sauf le fait de Madelung (Berlin. klin. Woch., 1885). Nous avons voulu la tenter, en présence de la mort certaine du malade par expectation; mais, nous l'avouons, il eût fallu tant dilacérer et abandonner de ligatures perdues, l'intestin était tellement atrophié et les chylifères diminués, que la nutrition ne se fût pas rétablie, et que nos excellents confrères ont eu cliniquement raison de nous en détourner.

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, p. 168, 1884.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Suite et fin. — Voir les numéros 18 et 19.

VIII. Influence de la température sur la production de la raideur cadavérique. — IX. Conditions chimiques de la rigidité musculaire. — X. Lésions intestinales provoquées par les drastiques : colchicine, vératrine, huile de croton, coloquinte. — XI. Un nouveau manuel de médecine légale.

VIII. Le professeur Arrigo Tamassia, poursuivant avec la plus louable persévérance, dans le laboratoire spécial de l'Université de Padoue, ses études expérimentales sur les questions controversées ou encore peu connues de la médecine légale, s'est occupé (1) de rechercher l'influence de la température du corps sur la production de la raideur cadavérique. Ses expériences ont été faites sur des chiens, des lapins et des cobayes. Il a constaté, contrairement à l'opinion de Meymott, que les températures extrêmement basses de — 10 à + 2 degrés amènent presque instantanément la raideur cadavérique, sans que l'on puisse objecter avec Maschka que l'on a confondu une simple congélation des tissus avec le raidissement musculaire. Conformément aux assertions de Sommer, de Krause et de Pickford, M. Tamassia a reconnu que les températures élevées au-dessus de 65° provoquent également l'apparition immédiate de la raideur. C'est à une température de 13 à 15° que le phénomène tarde le plus à se produire. On avait souvent prétendu que la raideur cadavérique ne se manifestait pas ou était très fugace chez les sujets morts d'hémorrhagie foudroyante. Tamassia, comme Oesterlen, (2) a démontré que le phénomène suit dans ces cas les mêmes lois que dans les autres genres de mort et n'affecte nullement le caractère de simple spasme.

IX. C'est le moment de signaler ici les recherches de

(1) *Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, 1885, p. 223.

(2) *Zeich. un diag. der Verblutung.* — Maschka's *Lehrbuch gerich. med.*, t. Ier, p. 81.

---

qu'il en soit, les Syndicats médicaux sont venus combler cette lacune et, avec leur concours, les Sociétés locales peuvent dès à présent remplir le programme que MM. Surmay et Mougeot attribuent aux Chambres médicales.

Donc les raisons qui militent en faveur de la création d'un Ordre des médecins ne sont ni prouvées ni probantes; il n'est pas démontré que la situation morale de la profession médicale soit inférieure à ce qu'elle était autrefois, ni à celle des autres professions libérales; il n'est pas démontré davantage que la protection de nos intérêts professionnels exige une organisation nouvelle.

(A suivre.)

Société protectrice de l'enfance. — *Question de prix pour l'année 1886.* (Le prix sera de 500 francs). — Exposer dans des observations personnelles, les causes de l'ophtalmie purulente chez les nouveau-nés, ses symptômes, son traitement et les précautions à prendre pour prévenir sa contagion.

Question de prix pour l'année 1887. (Le prix sera de 500 francs). — Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements, ainsi que *la nature de l'industrie* qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants : 1° le repos auquel, dans quelques fabriques, sont astreintes les ouvrières, pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement; 2° l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique.

Les Mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1886 pour la première question, et avant le 1er novembre 1887 pour la deuxième question, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

***

Hospice national des Quinze-Vingts. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique à la clinique nationale d'ophthalmologie de l'hospice des Quinze-Vingts. Le titre de docteur en médecine est exigé. MM. les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28. Ils remettront, à l'appui de leur demande, leur diplôme de docteur et leur extrait de naissance,

Mme Catherine Schipiloff (1) sur les conditions chimiques de la rigidité musculaire. Suivant cette doctoresse, la rigidité serait un effet d'une séparation passagère de la myosine d'avec le plasma musculaire, sons l'influence des acides qui se développent dans les tissus après la mort. Le professeur Angiolo Filippi(de Florence) se demande où va la myosine séparée provisoirement des muscles sans altération chimique et pourquoi cette séparation s'effectue dans tels muscles plus tôt que dans tels autres. Ce sont là des questions que la doctoresse Catherine Schipiloff n'a pas élucidées dans son étude.

X. M. Lucien Butte a entrepris au Muséum, dans le laboratoire de physiologie générale dirigé par M. Rouget, une série d'expériences destinées à élucider l'action des drastiques sur la muqueuse intestinale des chiens (2) :

1° Administrée par la voie hypodermique ou par la voie stomacale, la *colchicine* a donné lieu à une vive inflammation de près des trois quarts de l'intestin grêle qui a offert une teinte rouge foncé avec dse hémorrhagies sous-muqueuses noirâtres disséminées. Vers le milieu du duodénum, il existait des ulcérations très nettement taillées comme à l'emporte-pièce, et dont la coloration blanchâtre tranchait vivement sur le fond rouge du reste de la muqueuse ; le gros intestin ne présentait que des traces d'hyperémie. Ces résultats, s'ils concordent avec les expériences du docteur Ch. Roy (3), ont été infirmés en partie par des expériences de M. Gabriel Pouchet (4) qui, s'étant placé autant que possible dans les mêmes conditions que M. Butts, n'a jamais pu observer que de l'hyperémie et des suffusions sanguines et croit que les ulcérations doivent être attribuées à une substance autre que la colchicine.

2° Pour la *vératrine*, M. Buttea confirmé les résultats signalés déjà par M. Vulpian (dans ses *Leçons sur les substances toxiques et médicamenteuses*). La vératrine, tant en injection sous-cutanée qu'en ingestion stomacale quotidienne, exerce sur l'intestin une action des plus manifestes : la première moitié de l'intestin grêle (le duodénum surtout) est hyperémiée et offre une teinte rosée. La muqueuse duodénale est le siége de plusieurs ulcérations ovalaires ayant une teinte blanc jaunâtre et présentant un bourrelet périphérique avec une élevure centrale. Le gros intestin est seulement un peu rouge. Il n'y a pas de grandes ecchymoses sous-muqueuses; tout se borne à des arborisations vasculaires et à de légeres suffusions sanguines. L'inflammation est donc bien moins vive que dans l'empoisonnement par la colchicine.

3° *L'huile de croton* exerce sur l'intestin grêle une action des plus énergiques, tandis que le gros intestin reste normal. Si le poison a été administré en injection sous-cutanée, la mort n'arrive que tardivement et l'altération de l'épithélium intestinal (qui se laisse fortement colorer en jaune par les matières colorantes biliaires) ainsi que les petites ulcérations observées, montrent qu'en pénétrant par la voie sous-cutanée dans le torrent circulatoire l'huile de croton ou plutôt l'un de ses éléments a une action élective sur l'intestin par lequel elle paraît avoir une tendance à s'éliminer. A la suite de l'injection stomacale, la mort arrive avec une extrême rapidité; il y a des vomissements au début, mais pas de diarrhée. Le tube intestinal est très violemment irrité, beaucoup plus qu'avec la colchicine et la vératrine. Plus de la moitié de la muqueuse de l'intestin grêle est d'un rouge noirâtre uniforme ; il y a là de grandes ecchymoses sous-muqueuses étendues. On observe vers le milieu du duodénum un certain nombre de petites ulcérations superficielles.

4° Les expériences faites avec l'extrait hydro-alcoolique de *coloquinte* sont à peu près d'accord avec celles d'Orfila, tout en précisant un peu mieux le siége des altérations caractéristiques qui occupent surtout le gros intestin dans presque toute son étendue. On y voit des bandelettes rouges longitudinales, disposées régulièrement dans toute la longueur du gros intestin,depuis la première portion du côlon jusqu'au milieu du rectum. L'action exercée par la coloquinte sur l'intestin grêle est relativement peu intense; on n'y observe qu'un peu de rougeur à sa partie supérieure et quelques petites ulcérations superficielles au niveau du duodénum. Il est bon de remarquer qu'avec la coloquinte, comme avec la vératrine, l'intoxication s'obtient difficilement lorsqu'on se sert de la voie stomacale pour administrer le poison.

On voit donc, en résumé, que les poisons dits drastiques déterminent sur le tube intestinal des altérations ayant un grand caractère d'analogie pour tous, mais offrant pour chacun d'eux des caractères distinctifs assez nets : l'analogie réside dans l'entérite et dans les ulcérations produites. Les différences se trouvent dans l'intensité plus ou moins grande de l'inflammation, dans son siége et dans la forme des ulcérations.

M. Butte se demande, en terminant, si le médecin légiste, quand il se trouvera en présence de lésions intestinales analogues, et en l'absence de toute espèce de renseignements, ne devra pas désormais diriger ses recherches vers les poisons drastiques et essayer de déceler l'un de ces toxiques, soit chimiquement, soit à l'aide de l'expérimentation physiologique.

XI. Parmi tous les travaux dont nous venons de rendre compte, on aura sans doute remarqué avec quelle réserve sont formulées les conclusions des travaux de MM. Vibert, Ogier, Perrin de la Touche, Bougier. Cette réserve est un signe du temps, et le mérite doit en être principalement reporté à M. Brouardel qui, à peine parvenu au grade de professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, alors qu'on avait abusé des affirmations absolues et trop souvent aventureuses, a inauguré une ère nouvelle, le règne de la prudence, de la circonspection, du doute nettement avoué, le règne de la sagesse en un mot. C'est de cette façon de comprendre le rôle et la mission du médecin juriste que s'est inspiré l'un des meilleurs élèves de M. Brouardel, M. Vibert, dans son *Précis de médecine légale* (1). Ce nouveau manuel, venant après tant d'autres, n'est donc pas une superfétation; il a sa raison d'être, il possède une originalité vraie. L'ouvrage, après des prolégomènes sur le rôle du médecin légiste et sur les expertises en général, est divisé en quatre parties : la première traite des attentats à la vie et à la santé. Nous

(1) *Centralblatt für Med. Wochens.*, 1882, et *Annali univ. di medicina e chirurgia*, mai 1883.

(2) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (avril 1886).

(3) *Archives de physiologie*, 1878, p. 655.

(4) Société de médecine légale de France, séance du 8 février 1886.

(1) Un vol. in-12 cartonné à l'anglaise de 800 pages, avec 79 figures intercalées dans le texte et 3 planches en chromotypographie. — Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1886.

signalerons spécialement un chapitre sur la mort subite et quelques pages sur les accidents de chemins de fer. Dans la deuxième partie, M. Vibert s'occupe des questions relatives à l'instinct sexuel et à la génération. L'infanticide y fait l'objet d'un chapitre important. La troisième partie est consacrée aux questions relatives à l'identité et à l'examen des taches. Enfin la quatrième partie comprend l'étude de l'aliénation mentale an point de vue médico-légal.

Les questions de législation et de jurisprudence relatives à l'exercice de la profession médicale sont étudiées dans un appendice, et le volume se termine par la reproduction de 28 rapports médico-légaux sur les sujets les plus divers et qui pourront servir de modèles aux débutants. M. Vibert a laissé de côté, et avec raison, croyons-nous, la toxicologie qui, à tant de titres, et ne serait-ce qu'au point de vue technique, est plutôt du ressort des chimistes que des médecins.

M. Brouardel a écrit la préface de cet important travail, et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici quelques lignes qui donnent l'appréciation du maître : « Le médecin, dit M. Brouardel, trouvera dans le livre de M. Vibert tous les renseignements nécessaires pour résoudre les questions de la médecine légale courante, celles auxquelles il peut être appelé à répondre chaque jour de sa pratique. Les documents sur lesquels l'auteur a établi ces descriptions lui sont personnels; il les a recueillis lui-même dans une pratique qui date déjà de plusieurs années et qui lui a permis de compulser plus de deux mille expertises dont il a été chargé. Ce n'est pas un manuel né de la compilation, ajoute M. Brouardel, mais un livre dont chaque paragraphe représente le travail propre de l'auteur, à l'appui duquel il peut citer ses recherches et ses expertises. M. Vibert est depuis six ans associé à nos efforts pour augmenter la somme des connaissances médico-légales que les étudiants emportent en quittant la Faculté de médecine. Avant de prendre la forme didactique du livre, les descriptions ont été mises sous les yeux des élèves, ont été soumises à leur contrôle dans les conférences de la Morgue. C'est donc bien l'œuvre de M. Vibert que je recommande aux étudiants et surtout aux médecins qui sont appelés par la confiance des magistrats à parler en justice au nom de la science médicale. »

Ainsi recommandé, ce livre saura faire son chemin. Je n'ai plus besoin d'adresser des éloges à M. Vibert.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie et thérapeutique chirurgicales.

I. Tumeur sarcomateuse de la face chez un enfant, guérie sous l'influence d'un érysipèle intercurrent, par le docteur Biedert (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1886, n° 5). — II. Sur le traitement de l'érysipèle, par le docteur G. Kuhnast (*Centralblatt für Chirurgie*, 1886, n° 9, p. 137).— III. Sur le traitement de l'érysipèle, par le docteur Haberkorn (Ibidem, 1886, n° 19, p. 221).—IV. Une nouvelle tentative pour la cure radicale des hernies, par le docteur Nussbaum (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1886, n° 14). — V. Sur les cas de mort subite consécutive a des fractures d'os, par le professeur P. Bruns (*Munchner med. Wochenschrift*, 1886, n° 9).

I. Dans un article, publié à cette place (Gazette médicale, 1884, n° 40, p. 474), nous avons passé en revue les principaux faits qui parlent en faveur d'une influence salutaire exercée par un érysipèle intercurrent sur des tumeurs et certaines affections de la peau; nous avons relaté, en outre, des tentatives faites pour obtenir la guérison de néoplasmes de mauvaise nature au prix d'inoculations de cultures pures du micrococque de l'érysipèle. Voici un fait nouveau, qui se rapporte à la même catégorie :

Il y a deux ans, M. Biedert, en examinant une petite fille qui était alors dans sa neuvième année, avait constaté l'existence d'un sarcome de l'amygdale gauche, du volume d'un œuf de poule, qui s'enfonçait assez avant dans le gosier. La mère de l'enfant s'opposa à l'extirpation de la tumeur. Environ vingt mois plus tard, la petite malade était ramenée auprès du médecin. La tumeur avait envahi toute la partie postérieure de la bouche et de l'arrière-gorge, la partie antérieure du plancher de la bouche, principalement la moitié gauche de la langue; elle faisait saillie entre les lèvres, sous forme d'une masse ulcérée. En outre, le néoplasme avait proliféré vers les fosses nasales, pour se frayer une issue à travers le squelette de la face; à droite, de ce côté, l'œil était en partie masqué par une masse bosselée, qui se poursuivait dans les paupières. Depuis des semaines, l'enfant était en proie à des accès fréquents de dyspnée; elle entra à l'hôpital le 13 novembre, et il fallut l'isoler, à cause de l'odeur fétide qu'exhalait la tumeur. Le lendemain, 14 novembre, l'enfant était en imminence d'asphyxie : on se décida à pratiquer la trachéotomie. Pour la commodité des soins consécutifs, on plaça la jeune fille dans un lit qui, peu de temps auparavant, avait été occupé par un malade affecté d'un érysipèle (la literie avait été désinfectée à l'étuve). Le 17 novembre, la portion ulcérée du néoplasme, qui entourait l'œil droit, était envahie par une rougeur érysipélateuse; T. 40°. On s'abstint d'opposer le moindre traitement à cette complication intercurrente, dans l'espoir qu'il en résulterait une influence salutaire sur le néoplasme. C'est aussi ce qui advint, et dans des proportions inattendues. Du 17 au 23 novembre, pendant la durée de la fièvre érysipélateuse, les masses sarcomateuses fondirent d'une façon tout à fait étonnante : la face avait reprie un aspect à peu près normal, sauf qu'elle laissait voir quelques petites cicatrices aux points où le néoplasme faisait antérieurement saillie, près de l'aile du nez et des paupières. Il manquait presque une moitié (gauche) de la langue, réduite à une lamelle citratricielle; l'arrière-gorge était traversée par des adhérences cicatricielles; des adhérences de même nature reliaient le voile du palais, perforé, à la paroi postérieure du pharynx, les piliers à la langue. On supprime la canule treize jours après l'opération. La respiration, la déglutition, la phonation s'exécutaient d'une façon satisfaisante. L'appétit était revenu. Le 9 décembre, l'état général était excellent. Dans la cicatrice que portait la paupière supérieure, à droite, était implanté un reste du néoplasme, qui allait en se développant; on l'extirpa, ainsi qu'un autre noyau implanté dans la cicatrice de l'aile du nez. L'examen microscopique fit voir qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules arrondies, très vasculaire.

II. Le traitement préconisé contre l'érysipèle par Kühnast, assistant du professeur Kraske, à la Clinique chirurgicale de

Fribourg, consiste dans des scarifications et des incisions multiples pratiquées au siége de l'érysipèle, et avait déjà donné d'excellents résultats entre les mains du professeur Volkmann, ainsi que dans le service de Kraske, dans le traitement du phlegmon septique à marche progressive. Voici les indications que donne M. Kühnast sur la technique de ce procédé de traitement : Après avoir lavé avec soin le foyer érysipélateux et les parties avoisinantes de la peau, on fait, avec un bistouri pointu, de nombreuses scarifications ponctiformes et de petites incisions de 1 centimètre de longueur, à raison de 15 ou 20 par pouce carré, et dont la plupart n'intéressent que le chorion, tandis que les autres traversent la peau dans toute son épaisseur. Suivant l'étendue plus ou moins grande de la zone érysipélateuse et le degré de susceptibilité des malades, ceux-ci sont ou ne sont pas préalablement chloroformés. Quand l'érysipèle paraît être en voie de progression, on multiplie davantage les petites incisions, en en pratiquant également dans les parties saines avoisinantes, sur une largeur de 1 à 2 centimètres environ. De ces nombreuses incisions s'écoule d'abord spontanément un liquide séro-sanguinolent; l'écoulement de sang a toujours été considérable. En outre, on soulève la peau en plis, au niveau des incisions, pour en exprimer du liquide en aussi grande quantité que possible, tout en se servant de l'autre main pour faire des frictions énergiques sur la peau, arrosée d'une solution phéniquée (5 0/0). On applique ensuite au siége de l'érysipèle des compresses imbibées d'une solution d'acide phénique à 2 1/2 0/0, qu'on renouvelle une ou deux fois par jour.

Suit la relation abrégée de trois cas d'érysipèle chirurgical traité suivant ce procédé, avec un succès indéniable, dans deux cas surtout. Et l'auteur de conclure : que l'emploi des scarifications et des incisions multiples, avec application consécutive d'acide phénique, constitue le plus efficace de tous les traitements employés jusqu'ici contre l'érysipèle; que malheureusement ce procédé de traitement n'est pas applicable à tous les cas (érysipèle de la face et des autres parties découvertes du corps); que, dans certaines circonstances, il y a lieu de modifier le procédé. Ainsi chez les sujets adynamisés, lorsque l'érysipèle gagne en étendue, il faut limiter les scarifications aux parties saines placées dans le voisinage immédiat de la zone envahie; chez les enfants et les personnes affaiblies, il faut s'abstenir des applications désinfectantes, ou du moins remplacer l'acide phénique par un agent moins toxique (acide salicylique, borique, etc.).

E. Ricklin.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'hydrothérapie, par le docteur Paul Delmas.

Un manuel d'hydrothérapie devrait se trouver entre les mains de tout médecin. Les pratiques hydrothérapiques sont, en effet, prescrites journellement. Mais, combien y a-t-il de praticiens qui possèdent quelques idées un peu précises sur leur mode effectif d'action et sur leur maniement? Chacun devrait être en mesure de les administrer lui-même, comme chacun, *autrefois*, devait savoir pratiquer une saignée. Inutile de dire combien nous en sommes loin; inutile encore d'ajouter combien est muet l'enseignement des écoles sur ce sujet : sauf quelques rares leçons cliniques, on termine ses études dépourvu de la moindre notion sur l'hydrothérapie, comme sur plus d'un autre sujet, du reste, et ce n'est que par suite de circonstances tout exceptionnelles qu'on rencontre plus tard l'occasion de compléter son éducation.

Un manuel d'hydrothérapie est donc d'une grande utilité; aussi, me permettrai-je d'adresser une légère critique à M. Delmas : c'est d'avoir fait un *traité* plutôt qu'un *manuel*. Tous les modes d'application de l'eau, chaude ou froide, sont décrits minutieusement, avec des figures explicatives nombreuses. Des tableaux graphiques et des tracés sphygmographiques complètent l'étude physiologique de l'hydrothérapie. Les trois quarts du livre sont consacrés à la clinique thérapeutique et aux indications, dans les maladies aiguës ou chroniques, internes ou chirurgicales. Deux chapitres, courts mais substantiels, sont particulièrement à signaler, sous les titres de : médications hydrothérapiques, posologie et règles générales de la médication hydrothérapique. Tant de sujets ne sauraient se prêter précisément à une analyse. Je ne puis que signaler la richesse des détails, qui ne sont eux-mêmes que l'expression d'une longue et vaste pratique, M. Delmas se trouvant, en outre de sa clinique privée dans le bel établissement de Longchamps, à la tête de l'installation hydrothérapique instituée par l'administration hospitalière de Bordeaux, mesure dont l'imitation ne saurait être trop recommandée.

L'habile auteur du manuel d'hydrothérapie avait traité antérieurement de l'*hydrothérapie à domicile*. Je n'ai pas rencontré ici de traces suffisantes de cet important sujet. J'admets avec lui que « la médication hydrothérapique ne peut être faite d'une façon *complète*, en dehors des établissements proprement dits ». Mais il en est de l'hydrothérapie comme du reste de la thérapeutique; elle ne nécessite pas toujours le luxe des appareils et la complication des pratiques, de même que l'exercice de la médecine n'exige pas tout le déploiement de la matière médicale.

Il manque ici un chapitre de renseignements propres à mettre les praticiens à même de pratiquer et de diriger les applications symplifiées de l'hydrothérapie dans n'importe quelles circonstances, et une indication sommaire des ressources que peut fournir cette hydrothérapie élémentaire. C'est assurément la seule lacune que l'on puisse signaler dans cet intéressant ouvrage.

Max Durand-Fardel.

Traité de zoologie médicale, par le docteur Raphaël Blanchard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire général de la Société zoologique de France. — Première partie, 1 vol. de 192 pages, avec 124 figures. — Paris, 1886, J.-B. Baillière.

Les livres de zoologie médicale que les étudiants ont entre les mains ne sont plus au courant de la science. Or il est difficile aux élèves en médecine d'aller chercher les notions sur cette science qui leur sont nécessaires dans des traités de zoologie générale, qui sont ou trop élémentaires ou trop complets.

M. Raphaël Blanchard, qui sait ce que c'est que vulgariser pour les gens du monde, n'a pas été effrayé par la tâche

d'instruire un public mieux préparé aux études scientifiques, et il faut dire que la tâche n'était pas facile.

M. Blanchard aurait pu commencer par les animaux supérieurs ; le sujet eût été plus attrayant et pour ainsi dire plus encourageant, étant un peu plus connu ; mais il a préféré être logique, et il est parti de la cellule pour s'élever de complications en complications jusqu'à l'organisme le plus complet.

La première partie du traité de M. Blanchard que nous avons sous les yeux commence par l'embranchement des Protozoaires avec leurs classes diverses, rhizopodes, sporozoaires, flagellés, infusoires. Des chapitres très intéressants sont consacrés ensuite au développement de l'œuf, à sa structure, à sa composition. Puis vient l'embranchement des Cœlentérés, dont l'étude n'est que commencée.

La fin du volume doit paraître très prochainement. L'ouvrage aura 800 pages et sera illustré de 400 gravures.

Dr D...

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

PRINCIPES DE L'ALIMENTATION DES ENFANTS. — Un travail tout récent a nettement tranché la question de l'origine véritable du rachitisme en la rapportant uniquement à l'alimentation défectueuse.

Cette étiologie est enseignée unanimement par tous les maîtres, notamment par Jules Guérin et par M. le professeur Bouchard.

M. le docteur Comby résume son jugement dans cette question du rachitisme par la proposition suivante : « Quand on voit des familles nombreuses, comptant six, huit et dix enfants allaités diversement suivant les vicissitudes heureuses ou malheureuses auxquelles sont soumis les ouvriers, payer au rachitisme un tribut proportionné aux fautes hygiéniques commises, on ne peut se défendre de croire que toute l'étiologie du rachitisme est dans l'hygiène alimentaire. » M. le professeur Bouchard appuie cette opinion et la justifie par des considérations scientifiques empruntées à ses travaux sur la nutrition.

S'il en est ainsi, si des fautes de régime et d'alimentation sont les causes premières d'une des plus graves affections de l'enfance, il est d'une importance souveraine de rechercher les moyens de corriger l'alimentation grossière et prématurée donnée aux enfants.

La solution de ce problème peut se résumer dans les conditions suivantes : donner à l'enfant les aliments dans un état de division extrême, pour parer à l'absence des dents, et assez substantiels, sous un petit volume, pour ne pas obliger l'estomac à se distendre à l'excès.

Il faut encore que l'aliment dont on fait usage chaque jour contienne tous les principes qui sont nécessaires à la production de la chaleur animale et à la formation de tous les tissus, notamment de celui des os. Et tout cela ne suffit pas ; il faut encore et surtout que ces principes si divers s'y trouvent réunis dans le rapport que l'expérience et la physiologie enseignent être indispensable pour une nutrition normale.

C'est aux céréales qu'il faut évidemment demander un aliment quotidien ; la viande et les œufs ne doivent entrer dans le régime alimentaire des enfants qu'assez tard, avec précaution et graduellement.

Des céréales capables de fournir un aliment simple, une seule réalise, mais à la perfection, toutes les conditions énumérées ci-dessus ; c'est l'avoine cultivée. C'est pourquoi la farine d'avoine a été introduite dans l'alimentation des enfants en bas âge. Comme cette farine ne se rencontre pas dans le commerce ordinaire, n'étant pas l'objet d'une consommation industrielle, il a fallu que ce produit devînt l'objet d'une fabrication spéciale et pour ainsi dire pharmaceutique. Il faut savoir gré aux initiateurs qui, en la présentant au public médical sous le nom de « farine Morton », se sont voués à la vulgarisation de cet aliment.

La farine d'avoine s'est trouvée mise ainsi à l'abri de sophistications trop fréquentes dans les denrées alimentaires d'usage courant.

Une analyse récente, faite à l'hôpital des Enfants-Malades par M. Brissonnet, a montré que la farine Morton réalisait les conditions d'un aliment modèle. Les substances protéiques et les matériaux hydro-carbonés y sont dans le rapport que l'expérience clinique et la physiologie exigent d'un aliment parfait.

Ainsi, la farine Morton se présente avec toutes les garanties de pureté, de fabrication consciencieuse, que nous avons le devoir d'exiger d'un produit à recommander pour l'alimentation des enfants en bas âge. Elle est, pour ainsi dire, une préparation officinale qui comporte pour nous, médecins, la sécurité d'un produit pharmaceutique.

C'est à ce titre qu'elle a été expérimentée à Paris dans les hôpitaux d'enfants, et hautement recommandée par M. le docteur Bouchut. C'est une arme sûre avec laquelle nous pouvons efficacement combattre cette affection humiliante pour l'espèce humaine et pour la médecine, le rachitisme.

On la prescrit utilement soit comme complément de l'allaitement, quand l'enfant atteint l'âge où le lait de la mère ou de la nourrice devient insuffisant, soit pour parer à cette insuffisance quand elle se manifeste de bonne heure, par le fait de la nourrice.

D'après M. Bouchut, on commencera par un potage par jour, puis deux potages, et l'on donnera au besoin du lait bouilli dans l'intervalle.

Pour préparer ces potages, on fait cuire la farine avec du lait, en ajoutant un peu de sel et suffisamment de sucre. Quand les enfants sont plus âgés, il sera bon d'y ajouter un jaune d'œuf. Par ces moyens, on sera assuré de procurer à l'enfant un riche aliment, très digestible, de peu de volume. On évitera avec certitude les gastro-entérites si fréquentes, prélude accoutumé du rachitisme et des autres affections si graves qui ont leur point de départ dans une alimentation défectueuse. Le sevrage sera facile et la transition de la nourriture spéciale à la nourriture commune s'opérera par une gradation toute naturelle.

(GAZETTE DES HÔPITAUX.)

BULLETIN

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. (Deuxième journée.)

Au début de la séance de lundi, M. Foville, secrétaire général, a dit que, conformément aux explications données dans son rapport de la veille, l'Assemblée était appelée à délibérer sur l'attitude à prendre en face des arrêts de juridictions diverses qui ont repoussé l'assimilation des syndicats médicaux aux syndicats professionnels.

M. Surmay et après lui MM. Mougeot, Bouloumié et autres pensent que la question des syndicats, surtout au point de vue spécial soumis à l'Assemblée, est intimement liée à la question de l'Ordre des médecins, que l'on doit donc d'abord discuter cette dernière et que son sort entraînera celui de la première.

Cette argumentation est combattue par M. Foville, qui croit à l'indépendance des deux questions ; par MM. Pamard (d'Avignon) et Thomas (de Tours) qui affirment avoir reçu le

mandat de repousser la création de l'Ordre et qui ont sur l'affaire des syndicats une opinion toute personnelle.

Bref, la discussion, passablement animée, prend fin, et l'on vote la signature, séance tenante, d'une pétition demandant au Parlement l'extension à toutes les professions libérales des privilèges accordés par la loi de 1882 aux syndicats professionnels.

Faisons remarquer en passant que, si la plupart des délégués, ou même tous, arrivent à l'Assemblée générale avec le mandat impératif dont ont parlé MM. Thomas et Pamard, il paraît bien inutile de discuter; or la remise de l'étude de la question à une commission du Conseil général, la présentation du rapport avec les conclusions qui terminent ce document, tout cela indique bien que le problème n'est pas encore résolu, et la discussion même n'a lieu que pour qu'une opinion définitive s'en dégage.

On passe ensuite à la question de la déclaration des décès pour l'établissement d'une statistique. M. Langlet (de la Marne) avait, l'an dernier, posé cette question au nom de cette Société: « Le médecin peut-il, sans trahir le secret professionnel, déclarer à une administration municipale ou départementale la nature des maladies auxquelles succombent ses clients? »

La commission nommée par le Conseil général avait conclu, par l'organe de son rapporteur, M. le docteur Passant, à un *modus faciendi* emprunté à l'honorable M. Barat-Dulaurier.

Voici ces conclusions:

« Pour résoudre la question qui nous occupe et ménager les intérêts de la statistique, en même temps que les intérêts du public et des médecins, n'espérant pas qu'une loi nouvelle qui se ferait longtemps attendre (si elle aboutit jamais), vienne à dissiper les appréhensions de certains de nos confrères, nous avons songé à utiliser une institution, datant de 1848, et bien connue de tous: nous voulons parler des conseils d'hygiène centraux et d'arrondissement. Nous les préférons aux bureaux d'hygiène parce qu'ils existent et qu'il est facile d'étendre leurs attributions sans entraîner le budget dans une dépense sérieuse. Nous allons plus loin; en vous faisant cette proposition, nous leur restituons une partie de leurs prérogatives. L'article 10 du décret du 18 décembre 1848 est ainsi conçu: « Les conseils d'hygiène publique d'arrondisse-« ment réuniront et coordonneront les documents relatifs à la « mortalité et à ses causes; à la topographie et à la statisti-« que de l'arrondissement, en ce qui touche la salubrité pu-« blique. Ils adresseront régulièrement ces pièces au Préfet, « qui en transmettra une copie au Ministre du commerce. »

« Cette base étant admise, voici comment nous formulerions notre projet:

« 1° Aussitôt qu'une déclaration de décès lui sera faite, le maire de la commune du décédé fera parvenir au médecin traitant un bulletin que celui-ci aura à remplir. Ce bulletin portera les indications suivantes: sexe, âge, état civil du décédé, c'est-à-dire s'il est célibataire, marié ou veuf, nature de la maladie, mois de l'année, importance de la localité habitée par le défunt.

« 2° Le bulletin sera remis au maire sous enveloppe cachetée, d'un modèle uniforme pour tout le département.

« 3° Le maire sera chargé de transmettre sur-le-champ au président du conseil d'hygiène de l'arrondissement, par voie administrative, le bulletin ainsi préparé.

« 4° Tous les trois mois, le médecin du conseil d'hygiène, chargé de ce service, procédera au dépouillement des documents qui lui auront été transmis et les fera adresser, aussi par voie administrative, à son collègue du conseil d'hygiène siégeant au chef-lieu du département où ils seront centralisés.

« Vous verrez, je l'espère, messieurs, que ce système a l'avantage de mettre entièrement à couvert la responsabilité du médecin. Il fait connaître des maladies et non des malades. Il est impossible, dès lors, que le médecin, dont le nom ne paraît nulle part, soit inculpé de révélation de secrets professionnels, et, si le procédé que nous préconisons était appliqué, les statisticiens auraient à leur disposition des éléments d'étude d'une importance et d'une valeur indiscutables. »

M. Dumesnil (de Rouen) ne veut pas combattre les conclusions de rapport, bien que cette statistique, publiée seulement tous les trois mois, lui paraisse insuffisante. La déclaration des causes de décès est indispensable, en vue des mesures qu'ont à prendre les municipalités, d'après les lois de 1770 et de 1884. Pour faire cesser une épidémie, il faut en connaître l'existence, et la cause des décès survenus dans une ville ou dans un département est un élément de cette connaissance. Le médecin serait-il donc coupable, s'il donnait à un bureau d'hygiène ou à une administration municipale un renseignement sans lequel l'action de ce bureau ou de cette administration serait nulle?

M. Langlet (de Reims), se montre partisan de la déclaration, non pas obligatoire, mais facultative. Pour lui, le médecin ne trahit pas un secret en faisant à une administration, et pour un but de préservation publique, la déclaration dont il s'agit; il serait coupable, au contraire, en s'abstenant. Mais ce qui importe, c'est que l'Association rassure le médecin qui fait son devoir et le convainque qu'il ne s'expose pas à des poursuites.

M. Morillot, conseil judiciaire de l'Association, trouve dans la formule proposée par le rapport toutes garanties possibles pour le public; le nom du décédé n'étant pas indiqué, il n'y a pas de violation du secret, et tout se passe administrativement.

M. Bertillon parle plus spécialement de ce qui se passe dans le bureau de statistique municipale de Paris, dont il est le directeur. Sitôt qu'un décès est déclaré, l'Administration envoie au médecin qui a traité le défunt un bulletin à remplir portant un numéro, et non pas le nom du malade qui a succombé. Toutes les garanties contre la trahison du secret sont données, et la statistique est bien faite.

Nous n'avons pas à relater ici toutes les opinions qui se sont fait jour dans cette longue et intéressante discussion. Il en ressort néanmoins que l'Assemblée reconnaît au médecin le droit et le devoir de renseigner l'Administration non seulement sur la cause du décès des malades qu'il a soignés, mais encore sur chaque cas de maladie contagieuse parvenue à sa connaissance, cette indication portât-elle uniquement sur la maison habitée par le malade et non sur le nom même du malade.

Bref, les conclusions du rapport Passant ont été adoptées avec l'addition de M. Dumesnil relative aux déclarations des cas de maladies contagieuses.

Dr C. DELVAILLE.

(A suivre).

NOTES & INFORMATIONS

Hôpital Lourcine. — *Service des accouchements de M. le docteur Pozzi. — M. Martha, interne du service.* — Le service d'accouchements de Lourcine est destiné aux femmes syphilitiques en traitement à l'hôpital, ou venues des autres maternités de Paris.

Bien que la salle d'accouchements soit vaste et bien aérée, elle est loin d'être parfaite au point de vue de l'hygiène de la femme en couches. En effet, outre les 20 lits réservés aux femmes en couches, la même salle contient 10 lits dans lesquels sont couchées des malades syphilitiques ou vénériennes, non enceintes.

Malgré ces mauvaises dispositions, malgré un chauffage défectueux à l'aide de poêles en fonte, on n'observe pas d'accidents chez les femmes en couches, grâce aux précautions antiseptiques nombreuses prises par M. Pozzi.

C'est ainsi que pendant l'année 1884 il n'y a eu qu'un seul décès sur 83 accouchements.

Pendant l'année 1885, on y a fait 88 accouchements; il n'y a pas eu un seul décès.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie —Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Hervé de Lavaur, médecin du ministère des affaires étrangères, et de M Henri Fauvel, élève en médecine, chimiste attaché à l'assainissement de Paris, préparateur d'hygiène à l'Ecole de médecine. M. Fauvel est le fils de l'ancien et regretté inspecteur général des services sanitaires.

* * *

Par décret en date du 10 mai 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine:

Au grade de médecin en chef: M. le médecin principal Dupont.

Au grade de médecin principal: M. le médecin de 1re classe Voyé.

— Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce et de l'industrie vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes dont les noms suivent et qui se sont signalées par leur participation active aux travaux des Conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1882:

Médailles d'or. — M. le docteur Poincaré, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, secrétaire du Conseil du département de Meurthe-et-Moselle, pour la relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Nancy en décembre 1881 et janvier 1882; — M. Faucher, ingénieur en chef des poudres et salpêtres, membre du Conseil du département du Nord, pour son rapport sur les causes d'infection des eaux de la Deule.

Rappel de médaille d'or. — M. Delcomioète, pharmacien-professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, membre du Conseil du département de Meurthe-et-Moselle, pour son rapport sur l'extraction de l'acide chlorhydrique et du chlore dans l'usine Solvay et Cⁱ à Dombasle.

Médailles d'argent. — M. le docteur J. Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille, secrétaire du Conseil du département du Nord, pour son rapport sur l'altération des eaux d'Emmerin; — M. Lefèvre, professeur au lycée de Versailles, pour son activité comme secrétaire du Conseil départemental de Seine-et-Oise; — M. le docteur Layet, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour son rapport sur une usine à pétrole et pour son activité comme membre du Conseil du département de la Gironde; — M. Clonet, pharmacien-professeur à l'Ecole de médecine de Rouen, pour son rapport sur une fabrique d'engrais au Conseil du département de la Seine-Inférieure; — M. Herbelin, pharmacien en chef des hospices, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes, pour son rapport général et son activité comme secrétaire du Conseil du département de la Loire-Inférieure; — M. le docteur Hugot, vice-président du Conseil du département de l'Aisne, pour la part importante prise aux travaux de ce Conseil; — M. le docteur Raymondaud, membre du Conseil du département de la Haute-Vienne, pour son rapport sur les accidents causés par les machines agricoles.

Rappels de médailles d'argent. — M. Andouard, pharmacien-professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes, membre du Conseil du département de la Loire-Inférieure; — M. le docteur Bancel, secrétaire du Conseil du département de Seine-et-Marne; — M. Gebhart, pharmacien, secrétaire du Conseil du département des Vosges.

Médailles de bronze. — M. Rambaud, pharmacien-professeur d'hygiène à l'Ecole normale de Poitiers, membre du Conseil du département de la Vienne, pour son rapport sur les logements insalubres; — M. Bor, pharmacien-professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens, membre du Conseil du département de la Somme, pour son rapport sur l'étanchéité des fosses d'aisances: — M. le docteur Deshayes, secrétaire du Conseil du département de la Seine-Inférieure, pour son active participation aux travaux de ce canal; — M. le docteur Hébert, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon, membre du Conseil du département de la Côte-d'Or, pour son rapport sur un dépôt de dynamite; — M. Defferre, pharmacien, secrétaire du Conseil du département du Gard, pour la publication des travaux des Conseils de ce département; — M. Dussaussoy, ancien pharmacien à Laon, pour son activité comme membre du Conseil du département de l'Aisne.

* * *

Société d'anthropologie de Paris.—La 4e Conférence transformiste sera faite le jeudi 27 mai, à 4 heures, dans le local de la Société. Le conférencier, M. G. de Mortillet, traitera de l'Evolution paléontologique des animaux.

* * *

— La Gazette géographique et l'exploration, journal hebdomadaire, 6, rue Cassette.

Sommaire du nº 19. — La convention anglo allemande — L'expédition autrichienne au Congo. — L'exposition des Indes et des colonies anglaises. — La France juive. — Affaires coloniales de la France. — Mouvement colonial de l'étranger. — Nouvelles géographiques. — Nouvelles maritimes. — Renseignements commerciaux et statistiques. — Revue des Sociétés. — Bibliographie et cartographie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

321. M. Menut. De la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou. — 322. M. Pineau. Du sommeil et de médicaments hypnotiques proprement dits. — 323. M. Ory. Du vomissement chez les phthisiques et de l'application de la cocaïne à son traitement. — 324. M. Degoné. De la version podalique partielle par manœuvres internes et externes combinées. — 325. M Puglusi. Des accidents causés par la puce-chique à la Guyane française. — 326. M. Ladroitte. Etude sur l'oblitération de l'urèthre non congénitale. — 327. M. Sacreste. De l'herpétisme syphilitique post partum. — 328. M. Binaut. Etudes sur quelques altérations globulaires du sang dans la diphthérie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 2 AU SAMEDI 8 MAI 1886

Fièvre typhoïde 10.—Variole 4.— Rougeole 30. — Scarlatine 8. — Coqueluche 19. — Dipthérie, croup 36. — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 198.— Autres tuberculoses 49. —Autres affections générales 50. — Malformation et débilité des âges extrêmes 58. — Bronchite aiguë 40. — Pneumonie 116. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 53. — au sein et mixte 29. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 95. — de l'appareil circulatoire 73. — de l'appareil respiratoire 83. — de l'appareil digestif 42. — de l'appareil génito-urinaire 29. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 27.— Causes non classées 21. — Total de la semaine : 1140 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Gilles de la Tourette. — *Etudes cliniques et physiologiques sur la marche.* — La marche dans les maladies du système nerveux, étudiée par la méthode des empreintes. Broch. in-8 carré de 78 p., avec 31 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris. Publications du PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes.

Manuel pratique des maladies de l'enfance, suivi d'un formulaire complet de thérapeutique infantile, par M. Ellis (Edwards), médecin en chef honoraire de l'hôpital Victoria pour les enfants malades, de l'hôpital de la Samaritaine pour les femmes et les enfants, ancien assistant de la chaire d'obstétrique au collège de l'Université de Londres. Traduit de la quatrième édition anglaise par le docteur Waquet et précédé d'une préface de M. le docteur Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Un fort volume in-18 de 600 pages. — Prix : 5 fr. Cartonné diamant, tranches rouges : 6 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère, pour 1886, par A. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Septième année. Un vol. in-8 de 224 pages. Paris 1886. — Prix : 4 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traité pratique d'électricité, par M. C.-M. Gariel, membre de l'Académie de médecine, ingénieur en chef des ponts et chaussées, agrégé de physique à la Faculté de médecine de Paris, professeur de physique et de chimie à l'Ecole nationale des ponts et chaussées. Comprenant les applications aux sciences et à l'industrie, et notamment à la physiologie, à la médecine, à la télégraphie, à l'éclairage électrique, à la galvanoplastie, à la météorologie, etc., etc. Tome 1er. Un beau volume in-8 de 253 figures dans le texte. — Prix : 12 fr. — L'ouvrage sera complet en deux volumes. Le tome II paraîtra dans le courant de l'année 1885. Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Bibliothèque anthropologique. — Tome II. Le darwinisme, leçons professées à l'Ecole d'anthropologie par M. Mathias Duval. Un volume in-8, avec 37 figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

OSTÉO-SARCOME DE L'HUMÉRUS. — AMPUTATION. — GUÉRISON, leçon de M. le professeur DUBRUEIL à la Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier.

Il vient de sortir de nos salles une jeune femme qui a subi une grave opération couronnée de succès. Je vais vous résumer brièvement son observation.

Elle est âgée de 20 ans, et est arrivée ici le 18 novembre 1885, venant du département du Var. De taille moyenne, d'un tempérament lymphatique, cette femme ne signale dans ses antécédents aucune maladie grave; rien comme hérédité. Mariée à 17 ans, elle a eu un enfant au bout d'un an de mariage, et l'a nourri pendant seize mois. Un mois avant de sevrer son enfant (il y a un peu plus d'un an), elle commença à éprouver au niveau de l'épaule gauche une douleur sourde, profonde, sans rougeur, sans gonflement, et ne s'accompagnant pas de fièvre. Elle n'avait subi aucun traumatisme, et ne sait à quoi rattacher le développement de cette douleur, qui ne tarda pas à gêner considérablement les mouvements de l'épaule et à empêcher d'une façon complète les mouvements du bras en arrière.

En février 1885, en proie à de vives souffrances, elle alla consulter une rebouteuse. Cette dernière, fixant l'épaule, porta brusquement le bras en arrière; à ce moment, la malade perçut un craquement très net au niveau de la partie malade. La douleur ne fut nullement atténuée par ces manœuvres; mais, par contre, il survint rapidement un gonflement qui, depuis, n'a fait qu'augmenter.

Au mois de mars 1885, la malade se mit entre les mains du docteur Davin (de Pignan), qui, en deux fois, appliqua cinq larges boutons de feu sur la région de l'épaule. Cette thérapeutique n'amena aucune amélioration; les douleurs étaient toujours vives, lancinantes; la tuméfaction allait en augmentant, et le membre supérieur, tout entier, ne tarda pas à subir un accroissement de volume par le fait de l'œdème déterminé par la gêne de la circulation en retour produite par la tumeur.

Dans le courant d'octobre, la tumeur s'ulcéra sur deux points, l'un en avant, l'autre en dehors. Au niveau de ces ulcérations se produisaient fréquemment des hémorrhagies qui affaiblissaient considérablement cette femme.

Sur le conseil des chirurgiens de l'hôpital maritime de Toulon, qui avaient bien voulu l'examiner, elle se décida à venir à l'hôpital Saint-Eloi.

A son entrée, nous l'avons trouvée dans l'état suivant: le

FEUILLETON

L'ORDRE DES MÉDECINS

RAPPORT SUR LE PROJET DE CRÉATION D'UN ORDRE DES MÉDECINS, PRÉSENTÉ A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE AU NOM D'UNE COMMISSION COMPOSÉE DE MM. BUCQUOY, DUFAY, GALLARD, VANNESSON et DE RANSE, rapporteur.

Suite. — Voir les numéros 19 et 20.

2o *Principe et but.* — J'ai omis à dessein, dans les développements qui précèdent, de relever l'objection principale que les auteurs du projet opposent à l'Association générale et aux Syndicats. On est libre, disent-ils, d'entrer ou de ne pas entrer dans ces Associations; par conséquent, elles n'embrasseront jamais la totalité des médecins. D'un autre côté, leurs décisions manquent de sanction légale et ne sauraient atteindre les délinquants. Avec l'organisation qu'ils veulent créer, tout médecin est inscrit d'office sur le tableau d'une Chambre médicale et, s'il commet quelque indignité, il ne peut échapper à la peine disciplinaire qui lui sera infligée. Or, c'est sur la crainte de cette peine disciplinaire que les auteurs du projet comptent pour voir diminuer les infractions aux règles de la dignité professionnelle, c'est par la crainte qu'ils entendent moraliser le corps médical, c'est cette crainte de la discipline qui forme ainsi la base et constitue le principe de leur projet. Eh bien ! messieurs, on ne saurait trop s'élever contre ce principe dans l'application qu'on en veut faire à la profession médicale.

D'une manière générale, la crainte du châtiment peut arrêter le bras qui va commettre un crime, un délit, et contribuer ainsi à diminuer le nombre des actes délictueux ou criminels; mais moralise-t-elle les masses, dans la véritable acception du mot ? C'est plus que douteux. Le nombre des récidivistes est là pour démontrer le contraire. Elle contribue plutôt à accroître l'habileté à échapper à la justice. Dans un certain monde, elle a pour résultat d'apprendre à jouer, à la façon des acrobates, avec les articles du Code pénal. Dans notre monde médical, elle aurait infailliblement

membre supérieur gauche est œdématié. Au niveau du tiers moyen de l'humérus commence une tumeur ovoïde, très volumineuse, qui embrasse complètement l'épaule. Du côté du thorax, il est assez difficile de préciser ses limites; en enfonçant profondément les doigts dans l'aisselle, on sent cependant que la tumeur n'adhère pas aux côtes. Les mouvements communiqués (les mouvements spontanés sont abolis) permettent également de constater l'indépendance de la paroi thoracique et du néoplasme, qui occupe à peu près les deux tiers externes de l'aisselle. On peut s'assurer, en opérant ces mouvements, que l'omoplate se meut en même temps que l'humérus. En haut et en dehors, la tumeur paraît empiéter sur le squelette de l'épaule et englober la cavité glénoïde, ainsi que le tiers externe environ de la clavicule.

Les téguments de l'épaule sont œdématiés, blanchâtres en arrière, ils sont livides et parcourus par des veines volumineuses à la partie antérieure. On y voit cinq cicatrices arrondies, traces de l'application du cautère actuel, présentant à peu près les dimensions d'une pièce de deux francs. De plus, la peau a subi deux pertes de substance circulaire, d'un diamètre d'au moins trois centimètres, l'une en avant, l'autre en dehors. A travers ces solutions de continuité, on voit surgir des bourgeons d'un rouge violacé, noirâtres et sphacélés sur certains points.

La peau est mobile sur la tumeur en haut et en arrière; en avant, elle est adhérente. L'ulcération qui existe en dehors marque les limites de l'adhérence.

An palper, cette masse offre une consistance inégale; molle sur certains points, elle est très ferme sur d'autres. Sur aucun point, on ne perçoit de battements. On ne sent pas de ganglions. En plaçant au hasard le sthétoscope sur la tumeur, on entend très nettement un bruit de souffle isochrone à la diastole artérielle. Le pouls radial de ce côté est un peu plus faible que du côté sain.

A plusieurs reprises, la température, prise simultanément au niveau de la tumeur et de l'épaule saine, a permis de constater une élévation de 1° du côté malade.

Cette jeune femme présente les signes d'une anémie très prononcée. La circulation est très accélérée (120 pulsations). Les fonctions digestives s'exécutent à peu près bien et l'examen des différents viscères ne révèle l'existence d'aucune lésion.

An bout de quelques jours, on s'aperçut que la malade avait fréquemment des accès de fièvre se reproduisant sans périodicité. Le 2 décembre, à la suite d'un léger effort, les deux ulcérations susmentionnées devinrent le siège d'une hémorrhagie. Le sang coulait en abondance, et la patiente tomba dans un état voisin de la syncope. On vint à bout de l'hémorrhagie en comprimant la sous-clavière sur la première côte avec les doigts et en continuant ensuite la compression avec le tourniquet de S. L. Belet, placé en bandoulière.

Cette hémorrhagie avait notablement affaiblie la malade et, à dater de ce jour, la fièvre se reproduisit avec plus de fréquence et d'intensité. Aussi, bien que je fusse décidé à pratiquer l'opération, me parut-il prudent de la différer un peu et de soumettre la malade à un traitement reconstituant: quinquin, fer, vin, viandes rôties, etc.

J'opérai le 7 janvier. Les précautions antiseptiques ordinaires furent prises: lavage de la région au savon, à l'éther, à l'eau phéniquée, spray phéniqué. J'étais résolu à me servir du thermo-cantère, qui me paraissait utile à la fois comme hémostatique et comme antiseptique.

Voici le plan opératoire auquel je m'étais arrêté:

Faire une incision en raquette, dont la queue remonterait au-dessus de la tumeur, au niveau de l'union du tiers externe avec le tiers moyen de la clavicule, et dont la grosse extrémité serait représentée par une section transversale, correspondant à la face postérieure du bras, au-dessous du néoplasme, les deux branches de la raquette se terminant en avant et interceptant la portion de peau adhérente; disséquer la peau de la région postéro-externe qui était saine, puis diviser le grand et le petit pectoral, sur les limites de la tumeur; lier l'artère et la veine axillaires (cette dernière sur deux points afin de pouvoir la diviser entre les deux ligatures); sectionner au voisinage du néoplasme, les muscles sus-épineux, sous-épineux, petit rond, grand rond, grand dorsal, sous-scapulaire, la longue portion du triceps brachial et une partie du deltoïde; lier les artères intéressées pendant l'opération et sur lesquelles on aurait provisoirement placé des pinces à forcipressure, et enfin isoler et détacher la tumeur à sa partie supérieure, en sectionnant les os auxquels elle était adhérente.

Je devais ainsi, bien entendu, enlever le membre supérieur en même temps que la tumeur.

Ce plan fut suivi de point en point, sans qu'aucun accident

---

pour conséquence d'encourager ou d'accroître l'hypocrisie. Ce n'est pas ainsi qu'on élève le niveau moral d'une profession. Nous avons un moyen plus sûr et plus puissant d'atteindre ce résultat: c'est, comme on le verra plus loin, en donnant une extension plus large au principe d'association.

L'institution d'un Ordre des médecins ne remplit donc pas le but moralisateur qui est sa principale raison d'être.

3° *Mode d'organisation et moyens d'exécution.* — Nous avons à examiner, à ce point de vue, le système de M. Surmay et celui de M. Mougeot.

Le premier transforme le corps médical tout entier en une vaste corporation hiérarchisée, dont le Conseil général est, suivant les propres termes de notre confrère, la plus haute représentation, l'autorité suprême. Entre ce Conseil et les membres de l'Ordre existent les Chambres médicales d'arrondissement, armées du droit d'appliquer toutes les peines disciplinaires.

M. Surmay se demande quelles objections pourraient apporter à cette organisation les médecins, l'Etat, le public; nous allons le suivre dans la revue qu'il fait de ces objections.

La première qui surgit, de la part des médecins, c'est que leur indépendance est aliénée. M. Surmay répond que la liberté de faire le bien reste tout entière; la liberté de faire le mal seule est atteinte. C'est peut-être un peu spécieux, surtout si l'on songe que, dans l'espèce, le mal n'est pas toujours nettement défini. La liberté des doctrines, en effet, ajoute notre confrère, sera respectée; mais où est la garantie qu'il en sera toujours ainsi? Il est plutôt probable, ainsi que l'ont montré les Sociétés de la Gironde et de Vaucluse, que, dans une foule de cas, il sera absolument impossible de séparer les doctrines de la pratique qu'elles inspirent, et qui pourra ne pas paraître orthodoxe à une Chambre médicale. La politique aussi, M. Surmay le reconnaît, qui envahit tout, s'introduira dans les Conseils de l'Ordre, avec ses divisions, ses passions, son intolérance. Dans ces conditions, l'indépendance du médecin n'aura-t-elle pas à souffrir des préventions, du parti pris, des jugements arbitraires des Chambres médicales? Et si l'on songe que ces Chambres, en première instance, et le Conseil de l'Ordre, en dernier ressort, ont sans autre appel devant un tribunal extra-professionnel, qui serait d'ailleurs le plus souvent incompétent, un pouvoir absolu, discrétionnaire, avec une juridiction s'étendant sur

sérieux vint en troubler l'exécution. La malade fut profondément et prudemment anesthésiée par mon excellent collègue, M. le professeur Dumas, et ne se réveilla que l'opération terminée.

Je n'avais pu appliquer le tube d'Esmarch, en raison du siège du néoplasme; mais à un moment donné, je dus appliquer ce tube sur la partie supérieure de la tumeur, pour écarter un écoulement de sang provenant des grosses veines dont elle était sillonnée, sang qui devait être perdu pour l'organisme, mais dont l'effusion me gênait singulièrement dans la manœuvre. Lorsque j'eus sectionné les muscles et lié toutes les artères qui avaient été intéressées, un examen rapide me convainquit que, pour enlever la tumeur en totalité et en faisant cependant le moins de dégât possible, j'aurais à détacher successivement la cavité glénoïde au niveau de son col, l'acromion à la hauteur de son pédicule, l'apophyse coracoïde à sa partie moyenne et la clavicule à l'union de son tiers externe avec le tiers moyen.

Le col de la cavité glénoïde et l'apophyse coracoïde furent sectionnés avec les cisailles de Péan; pour la clavicule et l'acromion, je me servis de la scie à chaîne montée sur un arbre. Ces sections osseuses terminées, la tumeur et le membre supérieur furent séparés du tronc.

Je m'aperçus alors qu'il y avait derrière le grand pectoral trois ganglions lymphatiques volumineux et je les cautérisai. Je plaçai deux drains, l'un allant de l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure de la plaie, et un autre arrivant jusqu'au niveau du col sectionné de la cavité glénoïde et se dirigeant en bas.

Le lambeau cutané, qui formait comme une sorte d'épaulette à base postéro-supérieure, fut rabattu et maintenu en place par un certain nombre de points de suture entrecoupée. La plaie fut ainsi complètement fermée et recouverte d'un pansement phéniqué.

Je ne vous décrirai pas jour par jour la marche de la convalescence qui a, somme toute, été assez rapide, mais je vous signalerai les incidents qu'elle a présentés. Je vous dirai d'abord que la réunion, nonobstant l'emploi du thermocautère, a été obtenue au niveau du quart supérieur de la plaie; dans le reste de l'étendue, les lèvres se sont désunies. A deux reprises, j'ai dû drainer des décollements qui s'étaient produits, l'un en avant, l'autre en arrière, décollements qui n'ont du reste pas tardé à se combler. La ligature de l'artère axillaire est tombée le dix-huitième jour.

Quatre jours après l'opération, je me suis aperçu que la malade avait une pleurésie à gauche, c'est-à-dire du côté opéré. La douleur n'était pas très vive, l'épanchement était peu considérable. La température était à 38°,2.

Je pensai que cette pleurésie résultait du refroidissement que la patiente avait pu subir pendant l'opération, et que la pyohémie et la septicémie n'avaient rien à y voir. L'événement m'a donné raison, et à l'aide de deux vésicatoires successifs j'ai obtenu la résolution complète de l'épanchement.

La malade était pansée d'abord tous les deux, puis tous les trois jours. Le pansement employé était le pansement phéniqué de Lister avec addition d'une notable quantité de coton. Cette femme a quitté l'hôpital hier, sa plaie était entièrement cicatrisée depuis quelques jours et elle avait notablement engraissé.

(A suivre.)

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE LA MALADIE DE BRIGHT CHEZ LES HERPÉTIQUES. — ETIOLOGIE, — PATHOGÉNIE, par le docteur SÉJOURNET (de Revin), lauréat de l'Académie de médecine.

Suite. — Voir les numéros 17, 18 et 19.

OBS. VII. — Mlle M..., 20 ans, jeune fille peu développée, anémique et d'un teint pâle, a été réglée à l'âge de 15 ans; la menstruation n'a jamais été fort régulière. Souvent des feux, ou éruptions pityriasiques sèches, avec démangeaisons, paraissent sur la figure; la moindre indisposition suffit pour faire éclore sur les lèvres quelques vésicules d'herpès. Malgré son âge, la jeune fille a beaucoup perdu de ses cheveux; elle n'a jamais saigné du nez.

Une sœur, âgée de 17 ans, a été atteinte de chorée vers sa quinzième année; elle présente de temps en temps sur la face des papules prurigineuses ou des boutons d'acné. La mère est migraineuse. Jamais il n'y a eu dans la famille d'attaques de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu.

A l'âge de 17 ans, Mlle M... se plaignit d'oppression, de dys-

---

tout le territoire du pays, il y a vraiment de quoi faire hésiter ceux qui seraient le plus disposés à se laisser convaincre.

Dans l'Ordre des avocats, dont M. Surmay s'est tant inspiré pour son projet, les choses ne se passent pas ainsi. Il y a autant de barreaux que de Cours d'appel et même que de villes suffisamment peuplées possédant un tribunal. Ces barreaux sont complètement indépendants entre eux et les décisions de l'un ne sauraient engager les autres. Il en résulte que tel avocat, rayé du tableau de l'Ordre dans un barreau, peut se présenter et être admis dans un autre barreau. Un fait semblable s'est passé, m'a-t-on affirmé, à Paris même. Un avocat se présente au Conseil de l'Ordre pour être inscrit sur le tableau; il n'est pas admis. Un barreau de province, n'ayant pas les mêmes raisons de l'éconduire, l'admet et, comme membre de ce barreau, notre avocat revient à Paris, où il est autorisé à plaider.

L'avocat, victime d'une décision mal fondée du Conseil de l'Ordre, a donc un moyen d'échapper aux suites de cette décision. Mais de plus, il peut faire appel contre cette même décision devant la Cour; or, magistrats et avocats vivant dans le même milieu et, l'on peut dire, de la même vie, la Cour a toute compétence pour apprécier et juger les cas les plus difficiles, les plus délicats de la dignité professionnelle. L'avocat a ainsi toute garantie, toute sécurité contre les jugements arbitraires ou injustes du Conseil de l'Ordre : pareille garantie, pareille sécurité ne se rencontrent nullement, pour le médecin, dans le projet de M. Surmay. Il est donc exact de dire que ce projet compromet l'indépendance du médecin, indépendance dont nous sommes tous si justement jaloux, et qui, jointe à notre honorabilité traditionnelle, constitue le plus bel apanage de notre profession.

L'Etat, dit ensuite M. Surmay, qui a rétabli l'Ordre des avocats, se refuserait-il à reconnaître l'Ordre des médecins? Oui, sans doute, avec l'organisation centralisatrice que veut lui donner notre confrère, organisation qui, à tel moment, pourrait devenir, au point de vue politique ou au point de vue social, une source, sinon de dangers, du moins de préoccupations. Il ne faut pas se dissimuler, en effet, que répandue sur toute la surface du territoire, dans les les localités les plus petites et les plus reculées, comme dans les centres les plus populeux, la corporation médicale, fortement constituée comme le propose M. Surmay, ne laisserait pas d'être une puissance avec laquelle un gouvernement pourrait avoir à comp-

pepsie et de palpitations ; l'état organique des poumons et du cœur était excellent, leurs fonctions régulières. Il y avait de l'œdème autour des malléoles et de l'enflure aux paupières. L'urine, examinée, contenait de l'albumine. Régime lacté. Guérison en dix-huit mois.

La jeune fille va bien actuellement, et, par goût, elle continue à boire beaucoup de lait ; elle prend, de plus, de l'arséniate de soude, pour combattre la diathèse herpétique. Ajoutons que cette malade, qui habite une maison très sèche et très saine, n'a jamais éprouvé de refroidissement.

Réflexions. — Chez cette malade, nous ne pouvons pas même, comme dans certaines observations qui précèdent, invoquer l'influence d'une cause occasionnelle comme point de départ de la maladie. Il ne nous est pas possible d'expliquer, même par un refroidissement, l'apparition de la néphrite. La seule origine admissible, dans cette observation, est la maladie constitutionnelle, l'herpétisme.

Obs. VIII. — M. S..., rentier, autrefois menuisier, 60 ans, gros et fort, bien musclé, appartient à une famille d'herpétiques ; toutes ses sœurs, au nombre de quatre, ont eu des douleurs rhumatoïdes chroniques. L'une d'elles, notamment, a eu des éruptions prurigineuses de la région ano-vulvaire et de fréquentes apparitions d'herpès labialis. Un des neveux de M. S... a souvent des migraines ou des épistaxis ; il a souffert, pendant un mois, d'un eczéma de la cuisse gauche. Cet homme, qui a aujourd'hui 27 ans, est un phthisique, mais un phthisique dont la maladie sommeille depuis plusieurs années et ne manifeste sa présence que rarement par des poussées aiguës.

C'est là un cas de *phthisie arthritique* telle que l'a décrite M. Ferrand (1). C'est la *phthisis arthritica* de Morton, la *pneumonie scléro-tuberculeuse* de M. Lancereaux. Pour nous, nous l'appellerons phthisie herpétique ; et pourtant M Ferrand ne croit pas devoir admettre une phthisie de ce genre. Mais ce n'est évidemment là qu'une affaire de mots, et l'on s'entendra mieux sur le nom à donner à cette forme de phthisie quand on sera d'accord sur la distinction à établir entre les diathèses arthritique et herpétique.

Mais revenons au malade qui est l'objet de cette observation. Il a eu de fréquentes et abondantes épistaxis étant jeune, des migraines à l'âge adulte, des douleurs de névralgie sciatique et sus-orbitaire.

(1) Ferrand : *Leçons cliniques sur les formes et le traitement de la phthisie pulmonaire*, 1880.

Depuis plusieurs années, il est affligé d'hémorrhoïdes fluentes, de prurit ano-scrotal, dû à l'éruption de papules et d'eczéma rubrum ; il est atteint d'emphysème pulmonaire et s'enrhume très facilement, tous les hivers. Son cœur est légèrement hypertrophié et, sans doute dilaté, car, outre quelques palpitations dont il se plaint de temps à autre, il y a aussi, quoique rarement, des faux pas du cœur. De plus, les battements sont sourds et profonds, et le premier bruit paraît prolongé. Pas de souffle ou de bruit anormal ; les artères radiales ne sont ni dures, ni dilatées. Ce malade n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu ; il n'est pas non plus en proie à des douleurs chroniques, et ses articulations paraissent saines : nous avons vu que ses sœurs souffraient de rhumatisme chronique. Nous pouvons ajouter que son père et sa mère, de même que son grand'père paternel, ont eu aussi des douleurs. Son père est mort à un âge très avancé ; il était hydropique depuis plusieurs années, et serait devenu tel après un refroidissement.

En février 1882, M. S..., se plaignant d'une vive oppression, avec dégoût des aliments et palpitations, nous fit appeler. Il avait les jambes enflées, des râles d'œdème pulmonaire aux deux bases et de l'albumine en quantité dans ses urines. Nous nous mîmes en devoir de faire sur le thorax une application de ventouses sèches qui soulagea très vite le malade Régime lacté, diurétiques. Amélioration rapide. Au bout de quinze jours, M. S... allait très bien ; quelques semaines après, il n'y avait plus d'albumine dans les urines, et notre malade était considéré comme guéri.

Depuis cette époque, il va fort bien, et ne se plaint que de son emphysème pulmonaire, de démangeaisons anales et de quelques battements de cœur. L'état du cœur est tel que nous l'avons indiqué plus haut : il est sujet, il est vrai, à quelques faux pas ; mais, malgré sa dilatation, il fonctionne régulièrement et est encore au niveau de sa tâche, comme dit si bien M. Dujardin-Beaumetz (Leçons de clinique thérapeutique).

Pendant l'albuminurie, nous avons noté quelques intermittences du pouls, mais nous n'avons pas donné de digitale, à cause de l'état des reins ; le lait, les diurétiques et les ventouses, ont suffi pour procurer la guérison. Quant aux urines, elles n'ont jamais dépassé, en quantité, un litre à un litre et demi.

Ce malade, comme celui de notre observation I, autrefois menuisier comme lui, se contusionnait quelquefois la face antérieure de la jambe, ce que nous appellerions volontiers la région *tibio-cutanée*, contre des planches ou des pièces de bois, et ces contusions donnaient lieu à des écorchures, à des éraflures qui s'élargissaient et devenaient des plaies ulcéreuses, difficiles et longues à guérir

Du reste, quand une plaie était guérie, après deux ou trois mois,

ter. Mais, d'autre part, une loi restrictive de la liberté du médecin vient-elle à un moment bien opportun et a-t-elle quelque chance d'être prise en considération alors que, dans les bureaux de la Chambre, un mouvement considérable s'est produit tout récemment en faveur de la liberté d'exercice de la médecine ? L'Ordre des avocats lui-même est menacé, et un projet de loi tendant à le supprimer vient d'être déposé sur le bureau de la Chambre des députés. N'est-il pas curieux qu'au moment où la suppression de cet ordre est demandée, on pense à créer un Ordre semblable pour les médecins ? C'est là une faiblesse et comme une loi de l'humanité : on rêve toujours à ce que l'on n'a pas et qu'on juge, à tort le plus souvent, supérieur à ce que l'on possède. Pour en finir sur ce point, il est plus sage, croyons-nous, avec nombre de Sociétés locales, de ne pas fatiguer le législateur par des projets compliqués, discutables, et de nous en tenir avant tout, jusqu'à nouvel ordre, à la poursuite du projet de loi si souvent ballotté et ajourné, mais qui semble enfin arriver au port, sur l'exercice de la médecine.

Quant au public, complétement étranger à nos questions de dignité professionnelle, il restera indifférent à la constitution de notre Ordre. Mais, ce dont on peut être sûr, c'est que, dans tout conflit entre un médecin et une Chambre médicale, il sera pour le médecin, comme, de nos jours, il est pour le guérisseur non diplômé frappé par la loi contre l'exercice illégal de la médecine. « Un charlatan sur quarante, dit Réveillé Parise dans le travail cité plus haut, est-il par hasard poursuivi et condamné, il n'en devient que plus actif et entreprenant. Encore une ou deux condamnation, dit-il, et ma fortune est faite. Et ce qu'il y a de plus honteux, c'est que rien n'est plus vrai, tant le désordre est à son comble, tant les lois répressives répriment peu ou point, tant la cupidité connaît de ruses, d'intrigues, d'ambages, pour parvenir à ses fins ». Il est possible que la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine nous arme davantage contre les charlatans non diplômés ; mais celui qui aura son diplôme et jouira des faveurs du public, au lieu d'être atteint par les peines disciplinaires, ne fera que tirer bénéfice de la lutte engagée contre vous.

Il est un autre point que le public aura de la peine à accepter, c'est la compétence des Chambres médicales à juger les conflits entre médecins et clients. L'impartialité de ces Chambres ne saurait ressortir suffisamment à ses yeux et elles lui paraîtront toujours entachées du vice d'être juge et partie. (*A suivre.*)

une nouvelle contusion, portant à la même place, la reproduisait facilement. Notre malade conservait ses ulcérations d'autant plus longtemps qu'il ne les soignait guère et que ses tranmas n'étaient que des effets répétés de la même cause.

RÉFLEXIONS. — Trouvons-nons, dans cette observation, une cause, autre que la diathèse herpétique, capable d'expliquer l'albuminurie dont notre malade fut atteint? Jamais il n'a éprouvé de refroidissement auquel on pût attribuer une néphrite *a frigore;* il n'est ni goutteux, ni diabétique, ni syphilitique, ni saturnin; ce n'est pas non plus un arthritique, et, voulût-on considérer les douleurs rhnmatismales comme un signe suffisamment caractéristique de l'arthritisme, qu'il serait impossible de voir, en notre malade, un individu atteint de cette diathèse, puisqu'il n'a jamais éprouvé de douleurs de rhumatisme aigu, subaigu ou chronique. Nous insistons sur ce point parce que, à propos des observations IV et VI, on aurait pu nous objecter que nos malades, ayant en des douleurs articulaires, n'étaient pas des herpétiques, mais des arthritiques, et que, chez eux, la maladie de Bright pouvait avoir une origine rhumatismale.

Nous savons, en effet, qu'on a invoqué le rhumatisme, en général, comme une cause de néphrite. Mais en dehors du rbumatisme articulaire aigu, dont nous ne discuterons pas ici la nature, nous pensons que toutes les douleurs dites rhumatismales sont imputables à la diathèse herpétique, et que du moins les douleurs articulaires subaiguës ou chroniques dont ont pu souffrir nos albuminuriques n'empêchent pas leur néphrite de relever de cette diathèse.

« Mais, dira-t-on, votre malade a une affection du cœur, » et il n'est pas rare de constater de l'albuminurie chez les » cardiaques. Dans le cas présent, ne pourrait-on expliquer » l'apparition de l'albumine par une congestion rénale consé» cutive à la gêne respiratoire dont tout cœur malade peut » être responsable ? »

Nous répondrons que ce cœur suffisait, comme il suffit encore très bien, à sa tâche; que le trouble fonctionnel de l'organe ne consistait qu'en quelques faux pas, désordre tout passager, aggravé eans doute par l'œdème pulmonaire, qui est une sorte de barrage capable de s'opposer au fonctionnement régulier du cœur. Du reste, ces faux pas dont nous parlons n'ont pas cessé de se produire chez notre malade; il s'en plaint encore de temps en temps, comme il s'en plaignait avant son albuminurie.

Aussi est-il même inutile d'invoquer l'œdème pulmonaire pour expliquer quelques battements irréguliers du cœur. Ils ont leur origine dans l'état même de l'organe qui est un cœur d'herpétique, c'est-à-dire un cœur dégénéré, graisseux, plus vieux que son âge. Un pareil organe est facile à déséquilibrer, bien qu'il suffise ordinairement à sa tâche et qu'il soit assez bon pour effectuer une circulation normale.

Aussi, puisque la circulation normale s'est toujours faite régulièrement chez notre malade, malgré l'altération de ses fibres cardiaques, est-il impossible d'attribuer son albuminurie à une congestion rénale par géne circulatoire. Du reste, nous connaissons d'autres herpétiques au cœur dilaté, graisseux, qui se plaignent quelquefois de palpitations et de faux pas, et dont la circulation n'est nullement embarrassée.

Si nous avons des cardiaques qui présentent de l'albuminurie par suite de congestion rénale, nous avons reconnu chez eux d'autres congestions, telles que celles du foie et du cerveau, et leur cœur ne se borne plus à présenter, comme désordre fonctionnel, quelques irrégularités dans ses battements, mais il est, de plus, le siège de souffles indiquant un rétrécissement ou une insuffisance de l'orifice mitral. C'est là surtout qu'est le défaut de la cuirasse, la cause des engorgements, des fluxions et des œdèmes.

Du reste, ces lésions cardiaques sont le plus souvent, sinon toujours, la suite du rhumatisme articulaire aigu, et nous avons vu que notre malade n'a jamais eu de rhumatisme.

Supposons que les palpitations et battements irréguliers du cœur de notre malade aient été plus accusés pendant son albuminurie, le fait serait bien admissible et facile à expliquer, après les deux observations précédentes. N'avons-nous pas vu, en effet (Obs. VI et VII), chez deux de nos malades, dans le courant de la néphrite, survenir de l'hypertrophie cardiaque, avec bruit de galop? Il est évident que, dans ces deux cas, la lésion du cœur est subordonnée à la maladie de Bright, et si la néphrite peut entraîner une pareille lésion du cœur, elle peut aussi, pour le moins, provoquer quelques troubles fonctionnels du côté de cet organe, surtout s'il est altéré d'avance.

Nous avons dit que M. S..., comme le malade de notre observation I, avait eu autrefois des plaies ulcéreuses de la jambe. Si, dans le premier cas, il est permis de supposer que la guérison de l'ulcère a pu déterminer une répercussion rénale, dans notre observation VIII nous devons absolument écarter une pareille relation de cause à effet, car M. S... n'a présenté d'albuminurie que bien des années après la guérison de ses ulcères de jambe.

Nos malades ont eu des plaies ulcéreuses par suite de troubles trophiques dépendant de la diathèse herpétique; ils ont eu de la néphrite, par influence de cette diathèse, pour la même raison, enfin ils ont présenté des lésions organiquee du cœur, des varices, des hémorrhoïdes ou des éruptions cutanées. L'état constitutionnel nous paraît devoir être considéré comme la cause de tous les désordres et de la néphrite, aussi bien que des autres lésions que nous avons énumérées.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE CHEZ UNE FEMME DE 40 ANS, ENCEINTE DE TROIS MOIS. — KÉLOTOMIE. — MORT, par M. PAUL BERTHON, interne des hôpitaux.

Le 23 décembre 1885 entrait à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, n° 64, service de M. Le Dentu, la nommée D... (Baptistine), âgée de 40 ans.

Enceinte de trois mois, et pour la quatrième fois, D... portait depuis sa première grossesse une hernie au niveau de l'ombilic. Cette hernie, très volumineuse, était habituellement maintenue par un bandage et ne l'empêchait point de vaquer à ses occupations. Depuis huit jours, spontanément, la région était devenue douloureuse, de telle façon que le bandage dut être abandonné et deux jours avant son entrée à l'hôpital, en voulant lever un seau d'eau, elle éprouva une douleur extrêmement vive; depuis ce moment, le cours des matièree dans l'intestin fut complètement interrompu, et la malade se présenta avec tout le cortège d'un étranglement herniaire des plus caractérisés.

Après le taxis pratiqué en ville, la kélotomie, faite immédiatement par M. Le Dentu, permet de reconnaître la présence

d'un volumineux paquet adipeux, qui est divisé en deux masses, dont chacune est pédiculée au moyen d'un gros fil de soie, puis réséquée immédiatement au-deesus de la ligature. Une anse intestinale complète, longue d'une vingtaine de centimètres environ, sous-jacente à ce paquet de graisse, est réduite facilement après que plusieurs légers débridements eurent été pratiqués sur le collet du sac au moyen d'un petit ténotome. La réduction est facile et, pour l'assurer, deux petites ligatures du catgut sont placées sur le collet du sac. Six points de suture cutanés avec le crin de Florence; pansement de Lister.

Alimentation: bouillon, champagne frappé. Extrait thébaïque, 0,05 par doses de 0,01 centigramme toutes les deux heures. T. soir, 37°,4.

24, matin. — T. 38°. La malade a eu dans la soirée une selle abondante; elle commence cependant à avoir des envies de vomir. La langue se sèche; les traits sont légérement tirée. Métrorrhagie pendant la nuit. Bouillon et champagne glacés; chlorhydrate de morphine, 0,01 centigr.

24, soir. — T. 38°,2. Même état. Nouvelle injection de morphine.

25, matin. — T. 37°,8. Vomissements verdâtres; le ventre se ballonne. Hoquets, péritonite. La malade a eu une nouvelle hémorrhagie plus considérable que la première, mais dont une injection vaginale d'eau chaude est facilement venue à bout. Pas de contractions utérines; pas de douleurs au niveau de l'hypogastre. Extrait thébaïque, 0,10 par pilules de 2 centigr. toutes les deux heures.

26, matin. — La situation est jugée désespérée. T. 37°,2. Hoquets de plus en plus fréquents; rire sardonique. Mort à 7 heures du soir.

Quoique l'autopsie de notre malade n'ait pu être faite, la cause de la mort doit, selon toute vraisemblance, être attribuée à la péritonite, conclusion si fréquente de l'étranglement herniaire survenant au cours d'une hernie ombilicale. Cette péritonite, suivant certains auteurs, serait surtout supérieure et rapidement diaphragmatique, en raison de la zone péritonéale atteinte; c'est là ce qui pourrait en expliquer l'extrême gravité; car, même localisée à une très petite étendue de la séreuse, elle n'en paralyserait pas moins à coup sûr, et suivant la loi de Stokes, le diaphragme, muscle essentiel pour l'accomplissement de la fonction respiratoire. On nous permettra cependant de faire remarquer que les phénomènes de dyspnée et d'orthopnée qui devraient découler de la paralysie de ce muscle eupnéique, pour ainsi dire, par excellence, ne sont point notés dans notre observation. Nous avons cependant observé du hoquet, et cela d'une façon plus suivie peut-être que dans le cours d'une péritonite ordinaire.

Il est encore un point que nous désirerions mettre en lumière, c'est la tolérance de l'utérus en état de gestation dans le cae qui nous occupe. Au choc opératoire produit par la kélotomie, il répond seulement par deux hémorrhagies: la première insignifiante, la dernière facilement arrêtée par une injection d'eau chaude. Ces hémorrhagies auraient-elles persiste et se seraient-elles terminées par un avortement? La grossesse, au contraire, aurait-elle suivi son cours normal, un moment perturbé? L'examen du col utérin, pratiqué pendant la vie et après la mort, n'a pu fournir à ce sujet de renseignements. Cependant, il est permis de supposer, d'après les faits et vu le peu de réaction post-opératoire, que la kélotomie eût été un simple incident de la grossesse, sans la catastrophe, sous forme de péritonite, qui en termina si brusquement le cours.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie et thérapeutique chirurgicales.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III. Sur le traitement de l'érysipèle, par le docteur Haberkorn (Ibidem, 1886, n° 19, p. 221). — IV. Une nouvelle tentative pour la cure radicale des hernies, par le docteur Nussbaum (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1886, n° 14). — V. Sur les cas de mort subite consécutive à des fractures d'os, par le professeur P. Bruns (*Munchner med. Wochenschrift*, 1886, n° 9).

III. M. Haberkorn, tout en considérant comme très vraisemblable que le procédé de traitement de l'éryeipèle, expérimenté à la clinique de Fribourg, surpasse les autres en efficacité, fait remarquer qu'il laisse toutefois à désirer *quoad jucundum*. Il ajoute qu'à son idée, les différents antiseptiques ne sont pas également efficaces dans les mêmes circonstances, que l'acide salicylique semblant convenir surtout contre les affections infectieuses des jointures, le calomel et le sublimé contre les infections typhoïdiques de l'intestin, etc., il y a donc un choix à faire, en rapport avec la nature et surtout avec le siège des affections infectieuses. Partant de là, il présente le benzoate de soude comme étant particulièrement efficace contre certaines maladies infectieuses (érysipèle, scarlatine, rougeole) à localisations cutanées. Dans une cinquantaine de cas d'érysipèle, il a employé avec succès la médication suivante: administration interne de 15 à 20 grammes *pro die* de benzoate de soude, en suspension dans un mucilage ou dans de l'eau de Seltz, sans aucune application topique. La médication était très bien supportée. Régulièrement, la température regagnait le niveau physiologique en l'espace de deux fois vingt-quatre heures; les manifestations locales de l'érysipèle se dissipaient très rapidement; de même la desquamation consécutive avait une durée manifestement raccourcie. Sur le total des cas traités, il n'y a pas eu un seul cas de mort. Deux fois les effets de la médication ne se sont pas produits avec la rapidité habituelle, ce que l'auteur attribue à l'emploi d'une dose insuffisante de benzoate de soude. Il est dit encore, que le médicament n'inspirait aucune répugnance aux malades.

IV. M. Nussbaum concède que l'emploi des injections d'alcool pour la cure radicale des hernies est plus que tout autre procédé propre à prévenir les dangers d'une récidive, mais qu'il exige une habileté opératoire aussi grande que les procédés sanglants; que de plus il nécessite un temps considérable, car il ne faut pas moins de 60 à 80 injections pour obtenir le résultat désiré. Enfin les injections sont douloureuses; elles peuvent occasionner des accidents graves, voire la mort subite, quand par hasard l'injection est poussée dans une veine; une péritonite, quand le sac herniaire vient à être lésé. M. Nussbaum a eu l'idée de recourir à l'emploi du thermocantère, pour provoquer la formation d'une cicatrice solide au niveau de l'ouverture du sac herniaire, après évacuation préalable du sac et réduction de la hernie. Cette tentative a été couronnée de

succès, dans un cas de hernie peu volumineuse : le sac, dont les couches superficielles seules ont été cautérisées, s'est transformé en un cordon solide et court, et il s'est formé au-devant de l'ouverture une cicatrice qui ne le cédait pas en solidité à celles qu'on obtient au moyen des injections d'alcool.

V. Une femme de 55 ans, ayant été projetée à terre par des sacs tombés d'une certaine hauteur, se fit une fracture sous-cutanée du fémur, à droite; la fracture intéressait la région trochantérienne. A la suite de cet accident, la cuisse du côté droit fut envahie par une tuméfaction considérable; le raccourcissement du membre était peu marqué. On appliqua un appareil provisoire, constitué par des sachets de sable maintenus en place par des tours de bande. Au quinzième jour survint de l'endolorissement du membre blessé, avec œdème sur toute la longueur du membre. Dix jours plus tard, la malade était emportée en quelques minutes, après avoir éprouvé une vive angoisse précordiale et une douleur au cœur « comme si quelque chose s'était déchiré à l'intérieur ». Elle conserva sa connaissance jusqu'au bout. A l'autopsie, on trouva l'artère pulmonaire obstruée par un grand nombre de caillots blanchâtres, très fermes; des caillots semblables encombraient l'artère iliaque externe droite, la portion supérieure des veines crurale, circonflexe et fémorale profonde. La fracture présentait les caractères qu'on avait diagnostiqués du vivant de la femme.

A l'occasion de ce fait, M. Bruns a réuni les principaux exemples de mort subite par embolie du cœur ou des artères pulmonaires consécutive à des fractures, épars dans les recueils de littérature médicale. Il en a trouvé en tout 35, dont 3 se rapportent à de simples contusions. Dans la grande majorité des cas, il s'agissait de fractures sous-cutanées survenues chez des personnes d'un âge assez avancé (de 40 à 60 ans). Toujours il s'était fait une thrombose veineuse dans le voisinage de la fracture, provoquée par la compression ou la déchirure des vaisseaux. L'état variqueux des veines et le repos absolu prolongé du membre blessé favorisent la thrombose; il n'y a jamais de phlébite. Dans les cas relevés par M. Bruns, l'embolie est survenue 4 fois entre le treizième et le trentième jour après la fracture, 6 fois entre le vingtième et le trentième jour. Assez souvent, au renouvellement du pansement, l'action de soulever le blessé sur son lit, des mouvements passifs un peu étendus imprimés au membre fracturé ont paru avoir exercé une influence sur le développement de l'embolie. Celle-ci, dans un certain nombre de cas, n'est survenue qu'après consolidation complète de la fracture, lors des premières tentatives de marche.

Quant aux conséquences de l'embolie, dans le plus grand nombre des cas, celle-ci a entraîné la mort à bref délai. Il en fut ainsi dans 23 des observations réunies dans le travail de Bruns; l'autopsie révéla l'existence d'une embolie des artères pulmonaires dans 20 cas, d'une embolie du cœur droit dans 3 cas. D'autres fois la mort est survenue plus tardivement, comme conséquence de l'infarctus pulmonaire, auquel cas la cause de mort peut facilement passer inaperçue. M. Bruns n'a pu découvrir que deux exemples de ce mode de terminaison. Enfin, dans cinq cas, les patients ont échappé aux dangers résultant d'une embolie survenue dans le cours d'une fracture de membre. Il est vraisemblable, fait remarquer M. Bruns, que les cas de cette nature avec terminaison favorable sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le suppose, l'embolie restant méconnue à cause de la bénignité des accidents qu'elle entraîne. Un œdème considérable du membre fracturé, en rapport probable avec une thrombose veineuse du voisinage, est propre à faire soupçonner l'origine embolique d'un infarctus pulmonaire intercurrent.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de chirurgie d'armée, par le docteur Audet, médecin-major. — Ad. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1886.

« Malgré l'expérience de ces dernières vingt ou trente années, la chirurgie de guerre est loin d'être un sujet épuisé, une science fermée. C'est une matière qu'un auteur ne saurait traiter qu'en généralisant sa propre expérience et en exposant les règles momentanément admises. Mais comme expériences et règles sont sujettes à être modifiées à chaque découverte nouvelle, au lieu d'écrire un traité didactique de médecine militaire, j'ai été conduit à faire un simple compendium, un manuel que le médecin d'armée puisse porter sur lui en toute occasion, particulièrement en campagne, et que le commençant puisse consulter sur chaque sujet de quelque importance. » Ces paroles, que le chirurgien russe Heyfelder traçait en tête de son *Manuel de chirurgie d'armée*, traduit par Rapp, auraient été pour le moins aussi bien placées à la première page du travail de M. Audet. C'est assez dire le but essentiellement pratique qu'il a poursuivi et qu'il nous paraît avoir pleinement atteint.

Etablissant entre les manuels de blessures de guerre et les manuels de chirurgie d'armée une distinction marquée, il convient d'avouer que les livres de ce dernier genre ne sont pas nombreux. Sans remonter à Percy, dont le mémoire en 1792 répondait plutôt à une question de concours sur la thérapeutique des plaies par armes à feu qu'il n'exposait les connaissances spéciales nécessaires à un chirurgien militaire, il convient de signaler tout particulièrement le manuel de Chilson et celui de Heyfelder. Le premier, publié dès 1861 en Amérique, eut un légitime succès, malgré ses nombreux hors-d'œuvres; le second, écrit dans une forme concise, paraissait presque au lendemain de nos désastres, empreint d'un caractère éminemment pratique et au courant de tous les progrès réalisés. Mais la science chirurgicale ne se tient pas en arrière : grâce à l'application de l'antisepsie, à l'immobilisation plus exacte, aux conquêtes de l'hygiène, la conservation a gagné du terrain. Et elle fera peut-être, dans quelques jours, un pas plus décisif dans cette voie, par l'adoption de projectiles assez durs pour ne pas se déformer en heurtant les os, assez élastiques pour ne pas se briser contre eux : le fusil à répétition, de calibre réduit, envoyant une grêle de balles à chemise d'acier, sera l'idéal du fusil *humanitaire!*

M. Audet a voulu résumer les notions indispensables à l'heure actuelle au médecin militaire en campagne, et il l'a fait dans un style clair et précis, en passant successivement en revue les trois points suivants : Quand faut-il intervenir? Quand faut-il opérer? Comment faut-il soigner?

En présence d'une blessure, le chirurgien se demande s'il doit ou non intervenir, et, l'intervention décidée, s'il doit préférer l'opération primitive ou l'opération secondaire. Se

rangeant avec Fischer du côté de la majorité des chirurgiens français, l'auteur pense que « la chirurgie d'armée doit être primitive chaque fois que la conservation expectative ne opérative ne peut pas donner des résultats utiles ou que la vie des blessés est mise en danger par la non intervention. »

Le chapitre consacré aux indications chirurgicales est de beaucoup le plus longuement traité. Passant en revue chaque région, M. Audet étudie les plaies qui peuvent se présenter. Basé sur les statistiques, sur les résultats fournis par les guerres récentes, sur les opinions des plus éminents chirurgiens, il en tire des indications opératoires dont la technique est largement exposée. De nombreuses figures viennent en aide pour remémorer et fixer dans l'esprit les rapports des organes et les procédés à employer.

Comme on devait s'y attendre, l'étude du pansement tient ici une place importante. Partisan convaincu de l'antisepsie chirurgicale, l'auteur ne la trouve réellement utile qu'à l'ambulance. Nous la croyons aussi, pour notre part, un vrai leurre sur le champ de bataille, et M. Nimier, se basant sur les événements du Tonkin, paraît avoir démontré récemment dans les Archives de médecine militaire l'impossibilité où l'on se trouverait dans la plupart des cas de se servir du fameux paquet antiseptique dont on voudrait doter chaque combattant.

Le manuel est enfin terminé par une étude sur l'hygiène chirurgicale, comprenant l'hygiène de la plaie, l'hygiène de la salle, l'hygiène de l'hôpital, l'hygiène générale, et par des renseignements sur tout ce qui concerne l'organisation du service de santé en campagne et l'application des règlements.

Charles Amat.

REVUE DES THÈSES

Contribution a l'étude de la tuberculose du premier age, par M. le docteur L. Queyrat, interne des hôpitaux. — Thèse doctorale, 1886.

La tuberculose de la première enfance est, à coup sûr, un des points les moins connus de la pathologie infantile. Dans ces dernières années, les cliniciens ont bien étudié les modalités symptomatiques si diverses que revêt la tuberculose chez l'adulte; les anatomo-pathologistes se sont attachés à en décrire minutieusement les lésions, à en préciser la caractéristique anatomique. La découverte de Koch est venue enfin parachever cette œuvre immense et dégager l'élément étiologique primordial du tubercule, le bacille. On comprend donc que, dans l'agitation de ce grand problème de la nature de la tuberculose, les observateurs aient négligé l'étude des allures cliniques de la phthisie dans le premier âge. Mais depuis qu'elle a pris rang parmi les maladies infectieuses, bacillaires, depuis qu'on sait que le placenta se laisse traverser par les éléments figurés, à côté de l'hérédité de la tuberculose sur ce terrain depuis longtemps reconnue, est venue se poser la question de la transmission intra-utérine ou de l'*hérédité par la graine*.

Ainsi l'attention s'est trouvée ramenée vers la tuberculose infantile. Quelle est sa fréquence? quelles sont ses formes cliniques? comment est-elle héréditaire? Tels sont les trois points que M. Queyrat s'est proposé d'élucider dans son intéressante étude de la tuberculose du premier âge.

A la crèche de l'hôpital Tenon, l'auteur, dans le cours de la seule année 1885, a observé 11 cas de tuberculose chez des enfants dont le plus âgé avait 23 mois et le plus jeune 3 mois. Sur 339 admissions, le nombre des décès a été de 61, celui des autopsies a été de 35, parmi lesquelles 11 sujets ont été constatés tuberculeux. Les auteurs de pédiâtrie qui se sont occupés de la tuberculose infantile déclarent qu'elle est exceptionnelle au-dessous de deux ans. M. Hervieux, notamment, sur 996 autopsies, ne trouve que 18 tuberculeux âgés de moins de deux ans. Il faut donc conclure, conformément aux observations de M. Queyrat, que la tuberculose du premier âge est beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit et écrit.

Au point de vue clinique, elle affecte presque toujours, particulièrement au début, les allures d'une broncho-pneumonie.

Au point de vue anatomique, elle se présente très souvent sous forme de noyaux ou blocs de broncho-pneumonie ayant pour centre une cavernule ou un foyer caséeux. Quelquefois ces lésions semblent appartenir uniquement à la broncho-pneumonie banale, et cependant la technique bactériologique permet d'y déceler la présence de bacilles caractéristiques; de sorte qu'il est permis de croire que bon nombre de ces broncho-pneumonies dites *a frigore* sont probablement tuberculeuses.

Une lésion qui a été rencontrée constamment par M. Queyrat, dans toutes ses autopsies d'enfants tuberculeux, c'est l'hypertrophie très prononcée de la rate. Cette mégalo-splénie peut-être d'un grand secours pour le diagnostic clinique.

Dans un dernier chapitre, l'auteur passe en revue les travaux tendant à démontrer la transmission intra-utérine de la tuberculose de la mère au fœtus. Après avoir cité les faits de tuberculose congénitale observés par Hiller, Schleuss et Grothaus, les expériences de MM. Landouzy et Martin (1), il montre comment l'observation de Johne, de Dresde (2), sur toutes ces données imparfaites et à qui faisait défaut la *preuve bacillaire*, est venue démontrer d'une manière irréfutable la contamination directe du fœtus par la mère.

La thèse de M. Queyrat est, en somme, un travail très personnel, basé sur des recherches consciencieuses, et qu'il faut lire.

A. D.

BULLETIN

Assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France. (Deuxième journée.)

Suite. — Voir le numéro précédent.

Nous arrivons enfin à la question de l'Ordre des médecins, mais nous y arrivons éclairés soit par les discussions auxquelles elle a donné lieu dans les diverses Sociétés locales, soit par les études complètes et les plaidoyers ardents que nous ont envoyés MM. Surmay (de Ham), Mougeot (de l'Aube), Senac (de Vichy), soit enfin par le très substantiel rapport de mon excellent rédacteur en chef que je ne puis louer ici.

Au début de la discussion, M. Diday (de Lyon), le véné-

(1) Rev. méd., 1883.

(2) Wiener medizinische Blætter, 9 avril 1885.

rable et judicieux délégué de l'Association du Rhône, lit une note dans laquelle il insiste surtout sur l'impossibilité d'empêcher un médecin interdit de continuer l'exercice de sa profession. Mettra-t-on un gendarme à sa porte pour l'empêcher de donner des consultations? Ne pourra-t-il, si bon lui semble, aller au domicile de son client? Que faire pour assurer une sanction efficace aux décisions des Chambres médicales?

Après M. Diday, c'est M. Surmay qui a la parole. Bien qu'il ait à combattre deux hommes de valeur comme MM. Diday et de Ranse, il ne reculera pas devant ce devoir.

Sans doute, dit-il, en répondant à M. de Ranse, le mal dont souffre aujourd'hui la profession est le même que celui dont elle souffrait jadis; mais n'est-ce pas parce qu'on n'a rien fait pour guérir ce mal? Le remède qu'apporte M. Surmay, c'est l'Ordre des médecins, c'est cette institution de Chambres médicales que la Commission du Congrès de 1845 avait adoptée à l'unanimité.

Est-ce qu'actuellement, d'ailleurs, les Sociétés consultées donnent à l'opinion de M. de Ranse cette majorité si importante qu'indique son rapport? Sur 94 Sociétés, 30 ont donné leur avis; mais, sur 32 qui se sont prononcées, M. de Ranse en trouve 12 favorables à l'Ordre et 20 contraires, tandis qu'en analysant plus minutieusement les opinions de chacune des Sociétés M. Surmay arrive à 21 Sociétés favorables et à 17 contraires.

Revenant au fond même de la question, il pense que M. de Ranse, comme M. Diday, s'exagère les difficultés de la répression de l'exercice illégalement fait par un médecin interdit; il ne croit pas que le médecin de village échappera plus facilement que celui des villes à une répression, car, en ce qui concerne les huissiers et les notaires, les Chambres de discipline savent bien les trouver même à la campagne.

Quant à cette clientèle que l'interdiction de son médecin va priver des soins de cet indigne, elle pourra consulter le médecin voisin ou un jeune praticien qui viendra occuper la place vide.

Le rapport, à l'exemple de plusieurs Sociétés, plaint le médecin condamné; M. Surmay réserve sa pitié pour le médecin honnête et irréprochable.

Le rapporteur, comparant l'Ordre des avocats à celui des médecins, prétend que l'avocat condamné a pour sauvegarde le recours à une Cour d'appel; mais, dit M. Surmay, le recours du médecin est le Conseil général, et ce Conseil est placé assez loin, il est composé d'éléments assez élevés pour que son autorité soit incontestable et acceptée de tous.

On dit encore, ajoute M. Surmay, que l'Etat n'accordera pas la création de l'Ordre. Mais on oublie que l'on ne cesse de demander à l'État la poursuite des méfaits de l'exercice illégal, tandis que, à l'abri du monopole, beaucoup de médecins commettent ces mêmes méfaits.

Et le public, croit-on qu'il s'élève contre la création de l'Ordre? Bien au contraire, tout ce qui tendra à assurer l'honorabilité du corps médical, il l'approuvera.

En somme, et pour ne pas prolonger une argumentation dont ses autres écrits ont fait connaître les points principaux, M. Surmay, comprenant d'ailleurs que certains détails de son projet peuvent être modifiés, demande que la question soit remise à l'étude.

Il touche, en passant, à l'extension aux syndicats médicaux de la loi de 1882 sur les syndicats professionnels. Tout en n'étant pas l'adversaire des syndicats, il ne trouve aucune assimilation entre ces deux genres d'associations. Ce ne sont pas les mêmes mœurs: les autres professions sont libres, la profession médicale est un monopole, etc.. M. Surmay est donc certain du refus que feront les Chambres à l'extension proposée.

Enfin l'enquête n'est pas finie; il faut la poursuivre, et c'est pour cela que M. Surmay demande l'ajournement.

M. de Ranse remercie M. Diday de l'appui que lui a prêté sa parole autorisée; il réfute ensuite la statistique un peu trop fantaisiste faite par M. Surmay des Sociétés favorables ou hostiles à la création de l'Ordre; il croit qu'on a bien fait de soumettre à ces Sociétés la question entière, c'est-à-dire le principe et son application, celle-ci étant inséparable de celui-là; cela est si vrai que beaucoup de Sociétés, séduites au premier abord par les avantages du principe, ont reculé ensuite devant les difficultés de l'application. C'est ce qui est arrivé en particulier pour la Société de la Gironde et c'est même pour cela que M. Surmay la mentionne parmi celles dont les membres se sont à peu près également partagés pour ou contre la question. Dans le dépouillement qu'il a fait des opinions des diverses Sociétés, on comprend que M. de Ranse ne se soit attaché qu'à l'opinion de la majorité et non à la numération des suffrages pour ou contre exprimés dans le sein même de la Société.

M. Surmay a tort de comparer les pénalités dont il laisse le pouvoir aux Chambres médicales à celles des projets Lunier et Chevandier; pour ces derniers, il s'agit de délits de droit commun; pour le projet Surmay, il s'agit de délits professionnels.

M. de Ranse, par une comparaison rapide entre le système d'association qu'il propose et celui de l'Ordre, montre tous les avantages et la supériorité du premier.

Puis, rappelant que le projet de M. Surmay a reçu une grande publicité dans la presse; qu'il a été porté par l'Annuaire à la connaissance de la plupart des membres de l'Association générale; que les Sociétés locales ont eu tout le temps de l'étudier, et que celles qui y sont restées indifférentes ne secoueront pas davantage leur torpeur; que le rapport actuel a été envoyé à toutes ces Sociétés avant leur assemblée générale du 18 mars; insistant enfin sur ce fait que M. Surmay n'apporte aucun élément nouveau à la discussion, M. de Ranse s'oppose à l'ajournement et demande le vote immédiat sur les conclusions de son rapport.

M. Mougeot (de l'Aube) a, comme il a été dit plus haut, écrit une critique du rapport de M. de Ranse; il se plaint que M. de Ranse n'ait pas répondu à sa critique.

S'il veut la création d'un Ordre des médecins, il n'est pas partisan néanmoins de la réglementation minutieuse imaginée par M. Surmay. Son idéal se réduit « à une Chambre départementale où tout médecin exerçant dans le département serait tenu de s'inscrire, et pouvant connaître des différends professionnels, des atteintes portées à l'honorabilité du corps et des questions déontologiques, comme ayant aussi pour devoir de prendre en main tous les cas de poursuite d'exercice illégale, et de les suivre, s'il le faut, jusqu'à la dernière juridiction. »

Si les pénalités qu'il met aux mains des Chambres vont jusqu'à la radiation, M. Mougeot ne veut pas priver l'exclu du droit d'exercer et il se borne à rendre son exclusion aussi publique que possible.

Mais M. Mougeot ne veut pas aujourd'hui entrer trop avant dans la discussion, il juge que chaque délégué est venu à la

séance avec un mandat impératif, sauf ceux des Sociétés qui n'ont pas pris part dans la question, et il trouve que cette situation est trouble et peut nuire an débat; pour y porter la lumière, il demande lui aussi l'ajournement. C'est affaire de justice et de politesse confraternelle.

M. de Ranse est heureux que M. Mongeot lui fournisse l'occasion de le remercier publiquement de la courtoisie de sa critique. Il relève et discute quelques points de l'argumentation de son honorable confrère de l'Aube et maintient ses conclusions, ainsi que la demande d'un vote immédiat.

M. Foville insiste sur ces points que le rapport a été fait en février, qu'on a attendu jusqu'à ce moment l'opinion des Sociétés, que si toutes n'ont pas répondu, la faute n'en est ni au Conseil général, ni au rapporteur; qu'enfin elles ont eu, dans la séance de vote du 18 mars, le loisir d'étudier et de discuter le rapport de M. de Ranse. Il est en outre probable que, depuis cette époque, des Sociétés, jusque-là silencieuses, ont donné mandat à quelques-uns des 85 membres présents de prendre position pour ou contre l'Ordre.

M. Vannesson, conseil judiciaire, pense que les délégués peuvent voter en connaissance de cause; la question a été assez étudiée, mais on a tort de croire que l'Ordre que l'on veut créer dans un but de moralisation puisse donner l'honorabilité au médecin qui ne l'a pas. Son institution ne sera pas facile; celle de l'Ordre des avocats a demandé près de 18 ans; de plus, en ce moment, cet Ordre même est menacé. Et puis, pourra-t-on empêcher un médecin exclu d'exercer, comme on peut empêcher un avocat de parler? L'avocat d'ailleurs, même interdit, peut donner chez lui des consultations. Enfin, l'Association vient de voter une pétition en faveur des syndicats; elle attend une amélioration dans le privilège du médecin en cas de deuxième maladie, l'adoption d'une loi sur l'exercice de la médecine : n'est-ce pas trop demander à la fois?

M. Delvaille (de Bayonne) le croit aussi, et c'est pourquoi, comme on peut attendre pour la création de l'Ordre, que les autres lois favorables à la profession soient votées; comme, du reste, l'adoption de ces lois peut amener, dans les réglementations contenues dans le projet Surmay, certaines modifications, pourquoi trancherait-on dès aujourd'hui la question? N'est-il pas conforme à l'équité, à la prudence, d'ajourner à une époque indéterminée la reprise de la discussion? Etouffer l'affaire par un vote fermé serait injuste.

M. Laheda (de Toulouse) insiste sur l'ajournement; la question est insuffisamment étudiée. Beaucoup de Sociétés n'ont pas répondu, et un grand nombre de délégués ont déjà quitté la séance.

La clôture est mise aux voix et adoptée.

Le Président met aux voix l'ajournement, qui est repoussé par 31 voix contre 24, et les conclusions du rapport sont adoptées. Entre temps, l'Assemblée avait réélu son bureau :

Vice-présidents : MM. Cazeneuve, Bouchacourt, Larrey et Ricorde, membres sortants; secrétaire général : M. Foville; secrétaires : MM. Martineau et Blache; trésorier, M. Brun.

On avait également procédé au remplacement des membres à renouveler (un tiers). Ont été nommés : MM. Cornil, Durand-Fardel, Leroy de Méricourt, Penard, Richelot, Bergeron, membres sortants. A été nommé M. Riant, en remplacement de M. Lunier, décédé.

M. Gosselin avait été nommé par acclamation vice-président honoraire.

Un membre prend la parole pour demander que la Société qui, ayant droit à plusieurs délégués, ne pourrait se faire représenter à l'Assemblée générale que par un seul, donnât à celui-là le droit de voter pour les absents.

L'Assemblée a repoussé ce vœu; elle renvoie à un plus ample examen la question de savoir si elle donnera à une maison de retraite pour les médecins, qui va se créer à Alger, son appui moral.

La séance est levée vers 5 heures.

On se retrouvait le soir chez M. et Mme Roger, qui faisaient aux délégués des Sociétés locales et à l'élite des médecins de Paris l'accueil le plus gracieux et le plus cordial.

Dr C. Delvaille.

Analyse rapide du lait.

M. le docteur Héliot a signalé dans l'Union médicale de la Seine-Inférieure, un nouveau procédé qui permet de faire un examen rapide du lait.

Cette méthode consiste à comparer au compte-gouttes, pour un même volume, la quantité de gouttes d'eau distillée à 15° et de lait.

Le bon lait donne la proportion de 33, 34, 35, 37, 38 gouttes, alors que l'eau distillée n'en offre que 30.

Au-dessous de 33 gouttes, le lait serait de qualité inférieure. Ces recherches peuvent être faites à l'aide de la seringue de Pravaz; entre le bon lait et l'eau distillée, il y aurait le rapport de 5 à 6.

Tel est, en quelques mots, le résumé du travail du docteur Héliot.

Nous avons cherché à vérifier ces données dans le service d'accouchements de M. le docteur Pozzi, chirurgien de l'hôpital Lourcine, et voici les résultats auxquels nous sommes parvenus.

Nous avons pris tantôt du lait de femme pur, au milieu d'une tétée, choisissant de préférence les nourrices vigoureuses ayant des enfants bien portants, de façon à avoir, autant que possible, du lait de première qualité. Nous avons, dans d'autres séries, pris du lait de l'hôpital, quelques instants après que l'examen chimique en avait été fait à la pharmacie; ce lait était riche en crême et présentait, au point de vue chimique, tous les caractères d'un bon lait.

Ces différents laits (de femme ou de vache) nous les avons coupés nous-même, de manière à avoir des laits qui contenaient des proportions connues d'eau, lait au 1/2, lait au 1/3, etc.

Enfin, nous avons expérimenté avec de l'eau distillée à 15°.

Il semble que, d'après nos recherches souvent répétées, cet examen rapide du lait ne donne pas des résultats aussi certains que le dit M. le docteur Héliot. Certes, il y a une grande différence entre le lait pur et l'eau distillée pour le nombre de gouttes d'un même volume de liquide. Mais, entre un lait pur et un lait de qualité inférieure (lait au 1/3 par exemple), les différences sont loin d'être aussi marquées, comme nous le montrerons un peu plus loin.

De plus, les résultats obtenus varient selon la manière dont on procède pour obtenir des gouttes. C'est ainsi que si on appuie fortement sur le piston de la seringue de Pravaz de manière à faire sortir les gouttes très rapidement, le nombre des gouttes n'est pas le même que si on presse sur le piston de façon à ne laisser sortir les gouttes que lentement. Le

même phénomène se passe si on expérimente avec de l'eau simple.

On comprend combien ces différences peuvent être nombreuses, l'opérateur ne pouvant jamais être assuré de faire descendre le piston avec la même lenteur ou la même rapidité. Aussi le nombre de gouttes observé avec le même lait ou la même eau dans plusieurs examens consécutifs est-il variable.

Les tableaux suivants nous montrent ces variations :

Eau distillée à 15°.

Nombre de gouttes par seringue de Pravaz.							
	lent.	25	25	26	25	26	27
	rapide.	24	24	22	23	23	23

Lait de vache pur.

Nombre de gouttes par seringue de Pravaz.									
	lent.	34	34	35	34	34	33	33	34
	rapide.	31	29	31	28	28	29	30	31

Lait de vache au demi.

Nombre de gouttes par seringue de Pravaz.						
	lent.	33	33	32	31	33
	rapide.	28	30	29	29	30

Lait de vache au tiers.

Nombre de gouttes par seringue de Pravaz.							
	lent.	32	32	31	32	31	31
	rapide.	28	27	29	31	31	28

Lait de femme pur, au milieu d'une tétée.

Nombre de gouttes par seringue de Pravaz :

(Le piston a été abaissé lentement)	29	29	31	30	30	31
Lait de femme, coupé au demi...	29	29	28			
Lait de femme, coupé au tiers...	28	28				

Moyennes du nombre de gouttes par seringue de Pravaz (sans tenir compte de la vitesse ou de la lenteur).

Eau distillée	24
Lait de vache pur	31
Lait de vache au demi	30
Lait de vache au tiers	30
Lait de femme pur	30
Lait de femme au demi	28
Lait de femme au tiers	28

En résumé, nous voyons, d'après ces tableaux, que, s'il y a en effet une grande différence entre l'eau distillée et le lait, par rapport au nombre des gouttes fournies par le même volume de liquide, deux espèces de lait, l'un pur, l'autre coupé d'eau (au demi, au tiers) ne présentent pas de différences telles qu'elles puissent servir de base à une méthode, même approximative, d'analyse. D'autant plus que, comme nous l'avons dit, la rapidité ou la lenteur de l'opération vient encore changer les résultats pour un même liquide.

A. MARTHA.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Deux concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris le mardi 1er juin 1886, à cinq heures du soir.

1° Le premier, pour la nomination à neuf places d'agrégé dans la section des sciences physiques (physique, chimie et toxicologie). Les candidats, au nombre de quatorze, sont : MM. les docteurs Borel (Joseph), Chevy (Eugène), Fanconnier (Adrien), Laulling (Eugène) et Villejean (Eugène), de l'Académie de Paris ; Morelle (Émile) et Thibaut (Louis), de l'Académie de Douai ; Didelot (Léon), Florence (Albert) et Guérin (Gabriel), de l'Académie de Lyon ; Hugouneuq (Louis), Lauret (Magloire) et Malosse (Théodore), de l'Académie de Montpellier ; Leroy (Arthur), de l'Académie de Nancy.

2° Le second, pour la nomination à 12 places d'agrégé dans la section des sciences anatomiques, physiologiques et naturelles. Les candidats, au nombre de vingt-deux, sont MM. les docteurs Assaky (Georges), Genevoy (Marie), Gley (Émile), Guinard (Aimé), Martin (Hippolyte), Mougeot de Saint-Avid (Marie), Poirier (Julien), Princeteau (Laurent), Quenu (Alfred), Retterer (Édouard), Tapie (Joseph) et Variot (Félix), de l'Académie de Paris ; Ferré (Paul) et Nabias (Napoléon), de l'Académie de Bordeaux ; Barrois (Charles) et Colas (Charles), de l'Académie de Douai ; Jabouley (Mathieu) et Rodet (Joseph), de l'Académie de Lyon ; Gilis (Antoine), de l'Académie de Montpellier ; Guillemin (François), Nicolas (Adolphe) et René (Albert), de l'Académie de Nancy.

Le jury du concours de l'agrégation (section d'anatomie, physiologie et histoire naturelle) est composé de MM. Béclard, président ; Sappey, Mathias-Duval, Cornil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Planchon, professeur à la Faculté de Montpellier ; Bouchard, professeur à la Faculté de Bordeaux ; Renaut, professeur à la Faculté de Lyon ; Marey, membre de l'Académie de médecine, et Charles Richet, agrégé à la Faculté de Paris, juges titulaires ; et de MM. Laboulbène, Grancher, Pronst, professeurs à la Faculté de Paris, et Rémy, agrégé à la Faculté de Paris, juges suppléants.

Le jury du concours des sciences physiques et chimiques se composera de MM. Gavarret, président ; Gautier et Regnauld, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Moitessier, professeur à la Faculté de Montpellier ; Crolas, professeur à la Faculté de Lyon ; Gariel, membre de l'Académie, et Lutz, agrégés de la Faculté de Paris, membres titulaires ; et de MM. Brouardel, Hayem, professeurs à la Faculté de Paris ; Hanriot et Bourgoin, agrégés à la Faculté de Paris, juges suppléants.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le docteur Jourdan est nommé professeur d'histologie à l'École de médecine et de pharmacie de Marseille.

***

— S. M. l'empereur de Russie vient de conférer les décorations suivantes :

M. Pasteur. — Grand'croix de l'ordre de Sainte-Anne, première classe.

M. Albert Robin. — Commandeur de l'ordre de Sainte-Anne, deuxième classe.

MM. Grancher et Terrillon. — Ordre de Saint-Stanislas.

M. Baudry, directeur de l'Hôtel-Dieu. — Chevalier de Sainte-Anne, troisième classe.

— Notre collaborateur M. le docteur Pozzi est chargé d'une mission en Allemagne et en Autriche pour y étudier l'enseignement de la gynécologie.

— A la suite de nouveaux troubles dont la réouverture du cours de M. Chatin a été l'occasion, l'École de pharmacie a été fermée temporairement.

— Par décret, en date du 14 mai 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecins de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe, docteurs en médecine, Barrion et Picard.

— A l'occasion du Congrès d'hydrologie et de climatologie qui s'ouvrira à Biarritz le 1er octobre 1886, aura lieu une Exposition de climatologie et d'hydrologie qui sera ouverte le 20 septembre et fermée le 8 octobre. Notre collaborateur, M. le docteur Delvaille (de Bayonne) a été nommé commissaire général de cette exposition et M. Sébié (de Barritz), secrétaire.

— M. le professeur Ball a repris son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 16 mai, à dix heures (asile Sainte-Anne) et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 9 au samedi 15 mai 1886

Fièvre typhoïde 10.—Variole 6.— Rougeole 34.—Scarlatine 12. — Coqueluche 17. — Diphtérie, croup 35 — Choléra 0. — Dysentérie 0 — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 8 — Autres affections épidémiques 0. —. Méningite (tubercul. et aiguë) 61. — Phthisie pulmonaire 236. — Autres tuberculoses 37. —Autres affections générales 63 — Malformation et débilité des âges extrêmes 61. — Bronchite aiguë 34 — Pneumonie 144. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 27. — au sein et mixte 19 — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 94. — de l'appareil circulatoire 83. — de l'appareil respiratoire 73. — de l'appareil digestif 46 — de l'appareil génito-urinaire 29. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 6 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28.— Causes non classées 15. — Total de la semaine: 1189 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traitement médical de la diphtérie, par le docteur René Conedtoux. Une brochure in-8 de 50 pages sur papier de luxe. — Prix : 2 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Au Tonkin, par le docteur Challan de Belval.—Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 22 29 MAI 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**.
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**
Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

OSTÉO-SARCOME DE L'HUMÉRUS. — AMPUTATION. — GUÉRISON, leçon de M. le professeur DUBREUIL à la Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

L'examen macroscopique du néoplasme a permis de constater l'intégrité de l'articulation ; pas de liquide dans la cavité articulaire ; cavité glénoïde parfaitement saine. Du côté de l'humérus, le cartilage articulaire est conservé et indemne ; mais si l'on pratique une coupe suivant la longueur de l'os, on voit qu'au dessous de ce cartilage il n'y a qu'une mince lamelle osseuse et que la tête et la partie supérieure de l'humérus, jusqu'au tiers moyen, fait partie de la tumeur qui est constituée par une masse élastique, consistante sur certains points, plus molle sur d'autres. Le néoplasme ne s'étend pas dans le canal médullaire au dessous du point où s'arrête la tumeur, c'est-à-dire à portée de la partie moyenne de l'humérus.

Voici la note qui m'a été remise par M. Carrien, chef des travaux d'anatomie pathologique, qui a eu l'obligeance de pratiquer l'examen microscopique.

Au premier abord, on voit que les courbes n'offrent pas partout le même aspect et sont constituées par places par des éléments différents. Ainsi il y a des points qui sont formés de fragments osseux sur lesquels l'instrument tranchant vient se heurter. Au microscope, on y reconnaît facilement la structure du tissu osseux avec les ostéoplastes à prolongements ramifiés et anastomosés caractéristiques, mais les lamelles osseuses sont moins nettes.

Les canaux de Havers et le tissu médullaire à vésicules adipeuses ont à peu près disparu et sont remplacés par du tissu conjonctif, jeune dans certains points, fibrillaire dans d'autres, et se continuant avec les faisceaux fibreux qui entourent ces fragments osseux comme d'une espèce de périoste épaissi et envoyant des prolongements dans la substance même des îlots voisins qu'ils tendent à envahir. On ne trouve dans ces points ni vaisseaux embryonnaires, ni ostéoblastes s'entourant de dépôts calcaires, rien qui rappelle la néoformation osseuse ; les fragments d'os ne sont que des restes d'os ancien ayant résisté à l'action du néoplasme.

A côté de l'os ou assez loin de lui, on trouve d'autres portions dures criant sous le rasoir, mais se laissant couper. Au microscope, ces points ne présentent que du tissu fibreux fasciculé et dirigé en divers sens. Nous n'avons pas trouvé

FEUILLETON

L'ORDRE DES MÉDECINS

RAPPORT SUR LE PROJET DE CRÉATION D'UN ORDRE DES MÉDECINS, PRÉSENTÉ A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE AU NOM D'UNE COMMISSION COMPOSÉE DE MM. BUCQUOY, DUFAY, GALLARD, VANNESSON et DE RANSE, rapporteur.

Suite. — Voir les numéros 19, 20 et 21.

Mais admettons que ces premières difficultés soient vaincues, que les médecins, l'Etat, le législateur, le public y mettent une égale complaisance, et voyons la nouvelle institution à l'œuvre. Son premier acte, après l'organisation des Chambres médicales et du Conseil de l'ordre, sera l'inscription d'office de tous les médecins exerçant actuellement la profession sur le tableau de leurs Chambres médicales respectives. Cette inscription, aux termes même du projet de loi, ne pourra se faire sans une enquête préalable : quel travail pour les Chambres médicales ! Et si l'enquête est sérieuse, si elle conduit, comme cela arrivera nécessairement, à des refus d'inscription, que de conflits engagés dès le début !

Pour éviter ces conflits voudra-t-on, comme le propose M. Mougeot, admettre sur la liste tous les médecins et refaire une virginité d'honorabilité à ceux qui l'ont perdue depuis longtemps ? Mais espère-t-on vraiment que cette inscription suffira pour ramener à résipiscence ceux qui ont l'habitude de considérer la dignité professionnelle comme un vain mot ? Ce serait se faire une étrange illusion, et dès lors l'Ordre se trouvera encombré de membres indignes qu'il faudra tôt ou tard expulser ; les conflits auront été simplement ajournés.

Mais peu importe ; l'œuvre d'épuration se poursuit ; les Chambres médicales et le Conseil de l'Ordre accomplissent avec courage et persévérance leur délicate et pénible mission ; elles menacent les uns, frappent les autres, prononcent ici la simple réprimande, là la censure ou l'amende, ailleurs la peine plus grave de la suspension, plus loin la peine radicale de la radiation ou de l'interdiction comment ces jugements recevront-ils la sanction légale ?

la trace de capsules cartilagineuses, bien que nous ayons fait un grand nombre de coupes.

La plus grande partie de la tumeur est constituée par un tissu moins dense et moins résistant que le précédent. Les coupes vues au microscope offrent tout à fait l'aspect caractéristique du sarcome. Dans certains points, ce ne sont qu'éléments embryonnaires arrondis, de 10 à 12 µ, prenant très énergiquement le carmin, serrés les uns contre les autres sans interposition de tissu interstitiel, laissant cependant parfois entre eux de petits espaces lacunaires sans paroi et remplis de sang.

Sur presque toutes les préparations, au milieu des cellules embryonnaires que nous venons d'indiquer, on aperçoit de nombreux éléments jaunâtres, granuleux, à couronne de noyaux multiples, arrondis ou irrégulièrement polyédriques, très volumineux, de 15 à 25 µ, rappelant tout à fait les caractères des myéloplaxes ou des cellules géantes.

Non loin de ces points, on rencontre sans ordre, ni régularité, des groupes de cellules allongées, fusiformes, à deux ou trois prolongements plus ou moins anastomosés. Ces éléments, en s'étirant davantage, forment de vrais faisceaux fibrillaires à direction parallèle ou plus ou moins entrecroisés entre eux.

On a ainsi les divers aspects du sarcome globo et fuso-cellulaire, mais la plus grande partie du néoplasme est constituée par des éléments arrondis embryonnaires.

Dans le centre de la tumeur, on rencontre quelques points qui commencent à subir la dégénérescence granulo-graisseuse, mais ils sont de peu d'étendue et n'offrent pas d'importance dans leur étude générale.

Une région plus intéressante est la périphérie de la tumeur où l'on voit l'envahissement du tissu conjonctif et des muscles par le néoplasme. On aperçoit d'abord les fibres musculaires dissociées par des éléments embryonnaires qui ont pénétré dans le tissu interstitiel; puis le myolemme devient granuleux. La stratification transversale, moins nette, tend à disparaître; les noyaux se multiplient à l'intérieur du sarcolemme et s'y disposent en séries linéaires. Ils font bientôt éclater cette enveloppe et se mêlent à ceux qui ont déjà envahi le tissu interstitiel. Le muscle a disparu, et à sa place se trouve le néoplasme. Les limites du mal paraissent cependant avoir été dépassées dans l'opération.

Revenons, messieurs, sur quelques points de cette observation. Et d'abord, c'était bien un sarcome, ainsi que je vous l'avais annoncé. Au début, il y a eu évidemment une erreur de diagnostic; on a cru avoir affaire à une scapulalgie. Je m'empresse de reconnaître que pareille méprise est fréquente et qu'il est souvent fort difficile de l'éviter.

Dans bon nombre de cas, la douleur est d'abord le seul symptôme, et lorsqu'à la douleur vient s'ajouter le gonflement, ce dernier ne présente pas, dans sa période initiale, les caractères qui le différencieront plus tard. La nature des douleurs n'a non plus rien de pathognomonique.

Quand nous avons vu la malade, le diagnostic était facile. A quoi pouvions-nous penser? A un cancer de l'os? Mais le cancer osseux primitif est d'une telle rareté que son existence est contestée. A un chondrome? Mais le bruit de souffle qu'on percevait sur tous les points de la tumeur ne nous permettait pas de songer à un néoplasme cartilagineux.

Au point de vue symptomatologique, je vous rappellerai que nous n'avons pas senti les pulsations que l'on observe souvent sur de pareilles productions. J'insisterai surtout sur l'élévation de température observée au niveau de la tumeur, élévation de température signalée par Estlander, et sur ces accès fébriles étudiés par Verneuil et désignée par lui sous le nom de fièvre de néoplasme.

Vous avez pu constater l'intégrité de l'articulation et du cartilage d'encroûtement de l'humérus; c'est ce qui arrive le plus souvent.

Peut-être vous êtes-vous demandé pourquoi j'avais retranché la cavité glénoïde, l'acromion, l'apophyse coracoïde et une partie de la clavicule, bien que ces parties fussent saines. C'est, messieurs, parce qu'elles étaient recouvertes, englobées par le néoplasme, et que leur dissection eût été bien plus longue et plus périlleuse que leur résection.

Je n'ai pas appliqué le tube d'Esmarch au dessus de la partie à amputer; c'était impossible. Un instant, j'avais songé à lier préalablement la sous-clavière dans le creux sus-claviculaire, pour me mettre à l'abri de l'hémorrhagie; mais j'a pensé que ce serait compliquer le traumatisme et que j'arriverais au même résultat hémostatique sans faire aucun dégât inutile, en liant, au début de l'opération, l'axillaire sous la clavicule, après avoir sectionné les pectoraux, section qui était nécessitée par l'opération elle-même.

En ce qui concerne l'avertissement, la réprimande, la censure, il est probable que ces peines laisseront les délinquants assez indifférents, et la plupart feront défaut le jour où la Chambre médicale les appellera à comparaître devant elle pour les leur appliquer. L'amende, ils ne la paieront pas. Leur enverra-t-on l'huissier? Voit-on un huissier instrumentant chez un médecin au nom et par ordre d'une Chambre composée de médecins? De quel côté pense-t-on que se tourne l'opinion publique? Je me borne à poser la question. Restent la suspension et l'interdiction. M. Surmay, dans le titre V de son projet, propose à ce sujet des mesures pour l'exécution desquelles il fait intervenir le ministre de la justice, les parquets, les juges de paix, les maires, les pharmaciens. Il faut reconnaître, messieurs, que si chaque profession instituait un ordre sur le même modèle, et avait recours aussi aux fonctionnaires publics pour l'exécution des mesures prises, le gouvernement aurait de la peine à réaliser les économies qu'il poursuit dans l'organisation du personnel des divers ministères.

Ne nous arrêtons pas encore à cette difficulté; poursuivons. Toutes les autorités et tous les pharmaciens ont eu connaissance du jugement de suspension ou d'interdiction qui frappe tel médecin: croit-on que celui-ci se soumette? Il continuera d'exercer la médecine, illégalement si l'on veut, mais que lui importe; il trouvera même souvent, dans les poursuites dont il a été ou dont il pourra encore être l'objet, une source productive de réclame.

Et en définitive, messieurs, on ne saurait trouver absolument mauvais ce défaut de sanction au jugement des Chambres médicales. La suspension et l'interdiction, pour des cas d'indignité professionnelle, paraîtront à bien des gens, si elles devaient être appliquées rigoureusement, des peines exorbitantes. Que deviendrait, en effet, le médecin ainsi frappé, âgé peut-être, souvent père de famille, et n'ayant d'autres ressources pour vivre et élever ses enfants que les produits de sa clientèle? Il serait fatalement condamné ou à mourir de faim, lui et les siens, ou à demander son gagne-pain à des procédés illicites, délictueux, peut-être même criminels; et lorsqu'il paraîtrait sur les bancs de la police correctionnelle ou de la Cour d'assises, ne trouverait-on pas avec raison une circonstance atténuante dans le jugement qui aurait enlevé à ce malheureux ses moyens d'existence? L'opinion publique ne serait-elle pas pleine de pitié pour lui et, par contre, ne serait-elle pas sévère pour ses premiers juges?

J'ai dû enlever trois ganglions lymphatiques notablement tuméfiés; ils ont été perdus, et on n'a pu en faire l'analyse microscopique, mais j'incline à croire qu'il s'agissait simplement de ganglions enflammés. Les ulcérations survenues au niveau de la tumeur expliquent très bien cette adénite.

Devons-nous considérer la malade comme à l'abri d'une récidive locale, d'une généralisation? Je l'espère, mais je me garderai de l'affirmer.

Lorsque la cicatrice sera devenue plus solide, dans un ou deux mois, cette femme reviendra, et nous tâcherons de lui faire adapter un appareil prothétique capable de lui rendre quelques services. En tout cas, le poids de l'appareil aura au moins l'avantage de prévenir la scoliose qui résulterait infailliblement de la perte complète du membre gauche, scoliose que j'ai eu l'occasion d'observer chez un jeune homme auquel j'avais pratiqué la désarticulation de l'épaule avec résection de la cavité glénoïde.

PATHOLOGIE MÉDICALE

De la maladie de Bright chez les herpétiques. — Étiologie, — Pathogénie, par le docteur Séjournet (de Revin), lauréat de l'Académie de médecine.

Suite. — Voir les numéros 17, 18, 19 et 21.

Obs. IX. — M. R..., 64 ans, maigre, sec et chauve, a eu des névralgies sus-orbitaires, à droite, pendant plusieurs années; il a un fils qui, lui aussi, a souffert de névralgies et de migraines.

A la fin de novembre 1883, nous étions appelé auprès de M. R... qui se plaignait, en bredouillant, de ne pouvoir plus remuer depuis la veille le bras ni la jambe du côté gauche; il avait de l'œdème des extrémités, de l'enflure des paupières, des palpitations; ses urines étaient chargées d'albumine et n'atteignaient pas un litre par jour.

Il est probable que ce malade qui se plaignait depuis quelque temps était albuminurique de longue date. Le cœur, légèrement atrophié, dont la pointe battait dans le sixième espace, était le siège d'un bruit de galop (redoublement du premier bruit) à la pointe. Nous ne constations avec certitude ce bruit de galop que depuis le 7 janvier; ses radiales étaient dures et flexueuses.

Il est évident que cet homme albuminurique avait eu une attaque d'apoplexie; après une certaine amélioration, une seconde attaque se produisit; l'hémiplégie gauche, la difficulté de la parole, ne firent que redoubler. Le malade n'offrait aucun des signes de l'aphasie, et son bredouillement n'était dû qu'à de l'incoordination musculaire, à de la glosso-ataxie.

Le 10 janvier, il y eut une légère épistaxis; l'œdème des extrémités, à cette époque, était presque nul; les urines, très rares, contenaient toujours de l'albumine. Le pouls était à 100, assez fort, presque bondissant; depuis une quinzaine de jours, la face antérieure du thorax était le siège de démangeaisons et de pityriasis.

Le 18 janvier, l'état général ne fait qu'empirer; la respiration s'embarrasse et prend le type de la respiration de Cheyne-Stokes; cet état dure quarante-huit heures, et la mort arrive le 20 janvier.

Réflexions. — Cet homme, herpétique, était albuminurique et venait de subir une première attaque d'apoplexie quand il nous a fait appeler. Ce n'est pas la première fois qu'on observe des attaques d'apoplexie par hémorrhagie cérébrale, dans le cours de l'albuminurie, et cette hémorrhagie est due généralement en pareil cas, comme presque toujours, à l'anévrysme miliaire.

Quant à la cause étiologique de l'albuminurie dans cette observation, nous ne la trouvons pas ailleurs que dans la diathèse herpétique. Le cœur était hypertrophié et son premier temps était marqué par un bruit de galop. Pourtant notre malade n'a présenté aucun des signes caractéristiques de la néphrite interstitielle. Nous devons donc croire à une néphrite mixte, sinon purement parenchymateuse, et la considérer comme un résultat de l'herpétisme, de même que les dégénérescences cardiaque et vasculaire, point de départ de l'altération du cœur et de l'hémorrhagie cérébrale.

Obs. X. — Mme V..., 72 ans, très grosse, d'un embonpoint exagéré, ni diabétique, ni goutteuse, n'avait jamais eu d'attaques de rhumatisme articulaire aigu ni de douleurs chroniques. Son cœur, gros et un peu dilaté, battait assez régulièrement, mais la moindre indisposition était accompagnée de quelques intermittences du pouls. Calvitie, varices, zona, en 1882, durant trois semaines et suivi de violentes névralgies intercostales.

Depuis 1881, cette femme était albuminurique, ses jambes étaient infiltrées, énormes; les diurétiques et les purgatifs arrivaient assez facilement à faire diminuer l'œdème des extrémités, mais, au

---

Cette situation faite au médecin frappé de suspension ou d'interdiction a fixé l'attention de la Société de Toulouse qui limite, comme on l'a vu plus haut, à une région médicale, les effets de la double peine. Le médecin à qui il est défendu d'exercer dans une région, peut espérer de trouver dans une autre tout ou partie des avantages que la peine qu'il a encourue lui fait perdre; il lui reste donc une planche de salut.

Mais le médecin n'est pas toujours seul atteint par la suspension et l'interdiction. S'il exerce dans une localité pauvre et reculée, il peut être difficile à remplacer, et le public a encore plus d'avantages à s'adresser à lui, quelque indigne qu'il soit, qu'aux sorciers et aux rebouteurs de l'endroit. C'est donc toute une population qu'on frapperait en même temps que le médecin.

A quelque point de vue que l'on envisage les deux peines de la suspension et de l'interdiction, on arrive donc à ce dilemme : ou elles ne seront pas suivies de sanction, et alors elles sont illusoires; ou elles recevront une application rigoureuse, et alors le mal qu'elles sont destinées à combattre est inférieur à celui qu'elles entraînent elles-mêmes presque fatalement.

Ceci me conduit à dire quelques mots du projet modifié de M. Mougeot. Ici, pas de Conseil général de l'ordre, pas de centralisation, pas de vaste corporation. Dans chaque département, un Conseil de discipline et un Tribunal supérieur, servant de Cour d'appel et composé comme il a été dit plus haut. Voilà certes les rouages considérablement simplifiés. De plus la radiation est nominale, non effective, c'est-à-dire qu'elle n'entraîne pas l'interdiction d'exercer. Le médecin frappé de cette peine cesse de faire partie de l'Ordre, c'est-à-dire du corps médical; tout lien de solidarité est rompu avec lui; mais si le public veut s'adresser à lui, il en est libre, et le médecin continue d'exercer légalement son art. Réduit à ces proportions, l'Ordre des médecins ne diffère guère de ce que réalise aujourd'hui l'union des Sociétés locales et des Syndicats médicaux, que par l'inscription d'office des médecins substituée à leur libre adhésion, et par la substitution de conseils de discipline, ayant peut-être une physionomie plus magistrale, aux conseils de famille constitués par les bureaux et les commissions administratives des Sociétés locales et des Syndicats. Les avantages, si avantages il y a, sont-ils assez grands pour organiser, à côté des Sociétés locales et des Syndicats, un troisième

bout de quelque temps, l'enflure reparaissait. Enfin, elle devint permanente, et notre malade succomba en 1883, après avoir présenté des symptômes d'urémie dyspnéique.

Ici encore, nous ne pouvons nous appuyer que sur la diathèse herpétique, pour nous rendre compte de cette albuminurie que n'expliquerait aucune des causes invoquées par les anteurs. Notre malade était très âgée, il est vrai, et l'on pourrait, à notre manière de voir, opposer une hypothèse : celle de l'existence du rein sénile, dans le cas présent. Mais M. Ballet (1) a posé en fait que l'albuminurie et les adénies sont excessivement rares dans la néphrite sénile, et nous avons vu que, dans l'observation précédente, l'albumine était rendue en grande quantité et que l'hydropisie était considérable.

La diathèse herpétique nous paraît donc devoir être considérée comme seule responsable des accidents rapportés plus haut.

Obs. XI (résumée). — Nous aurions pu raconter, dans une dernière observation, l'histoire d'une femme de 68 ans qui, née de père rhumatisant et asthmatique, présenta, en octobre 1885, de l'œdème des extrémités, des envies fréquentes d'uriner (pollakinrie), albumine dans les urines, palpitatioos, choc impulsif du cœur, sans bruit anormal. Dès le début de la maladie, les urines étaient épaisses, chargées, et laissaient déposer une légère quantité de pus.

En novembre, douleurs articulaires.

En décembre, éruptions anales et prurit.

En janvier, nous constatons de temps à autre un bruit de galop, manifeste à la pointe, de l'œdème pulmonaire, des sueurs très abondantes.

L'albumine diminue ; les urines sont claires, un litre environ ; des palpitations épigastriques se font sentir et deviennent intolérables. Le pouls, à 76, offre quelques irrégularités, rares, du reste ; les sueurs continuent et la pollakiurie est moins prononcée. La malade ne se relève plus huit et dix fois par nuit, comme auparavant. L'enflure des extrémités a disparu ; l'albuminurie est complètement terminée. Les sueurs cessent, mais les battements épigastriques sont persistants. Ni l'extrait de convallaria, ni la digitale, ne peuvent les amender ; le bromure seul a une action efficace, et la malade paraît aller de mieux en mieux.

Nous n'insistons pas sur cette observation, bien qu'elle appartienne à une herpétique, parce que nous ne sommes pas suffisamment autorisé à la considérer comme un cas de maladie de Bright. Ici nous doutons de la néphrite, à cause du peu de durée de l'albuminurie et de la disparition rapide des œdèmes. On peut, en effet, avoir de l'albuminurie sans être brightique ; Senator fait observer que bien des personnes, même en bonne santé, ont, pendant des mois et des années, leurs nrines albumineuses à certaines heures de la journée (Dieulafoy).

D'un autre côté, M. Lancereaux (1) signale l'existence chez les herpétiques d'une albuminurie datant de plusieurs années et sans altération appréciable de la santé générale, et il cite un homme de 45 ans, migraineux, eczémateux, hémorrhoïdaire et albuminurique qui, depuis plus de quinze ans, se levait la nuit pour uriner. Il avait de la polyurie, et, sans doute aussi, comme notre malade, de la pollakiurie.

C'est un peu à cause de ce dernier symptôme, sur lequel M. Dieulafoy a appelé l'attention, que nous avons cru intéressant de donner un résumé de l'observation XI. Nous avons dit que les urines de notre malade étaient légèrement purulentes au début ; l'émission en était très douloureuse et les envies se renouvelaient fréqnemment. Il est probable qu'il y a là un cas de spasme du col vésical qui, rendant l'émission très pénible, et ne permettant pas une évacuation complète de la vessie, a donné lieu à un catarrhe de l'organe et consécutivement à la purulence des urines.

Il y avait chez notre malade pollakiurie, par suite de spasme du col de la vessie et non par suite de cystite ; celle-ci ne doit être considérée que comme secondaire. Aussi, attribuons-nous la pollakiurie, dans le cas présent, à une influence nerveuse, de même que les battements épigastriques dont nous avons parlé, symptômes qui, pour M. Lancereaux, sont tributaires de la diathèse herpétique.

Nous ferons remarquer aussi, à propos de cette observation, que la disparition de l'albumine et de l'enflure des extrémités a suivi de près la constatation de sueurs très abondantes ; cette succession entre phénomènes hypercriniques nous servira d'argument lorsque nous aborderons l'étude pathogénique de la maladie de Bright.

(1) *Loco citato.*

(1) *Loco citato.*

mode d'association ? Nous ne le croyons pas et espérons que vous partagerez notre avis.

Pour résumer ce qui précède sur le mode d'organisation et les moyens d'exécution du projet de M. Surmay, on peut dire que ce projet soulève de puissantes objections de la part des médecins, de l'Etat, du législateur, du public, et que, au point vue de sa mise en pratique, il se heurte ou à des impossibilités ou à des résultats pires que l'état de choses qu'il est appelé à réformer.

3° *Conséquences.* — Les considérations qui précèdent me permettront d'être fort court sur ce chapitre. On vient de voir, par exemple, les conséquences de l'application rigoureuse du projet de M. Surmay en ce qui concerne le médecin privé de ses moyens d'existence et les populations privées parfois de secours médicaux. Mais il est une autre conséquence que j'ai tenu à isoler, sur laquelle ont insisté quelques Sociétés, en particulier celle de la Gironde, et qui mérite de fixer tout particulièrement votre attention, parce qu'elle constitue une menace pour le principe d'union, de concorde et de confraternité, qui est la base de notre grande Association. Supposez le projet de M. Surmay en vigueur ; comment les Chambres médicales seront-elles saisies des cas d'indignité qu'elles auront à juger ? Quelques-uns leur arriveront sans doute par la voie de la rumeur publique, et ceux-là, elles pourront les instruire d'office. Mais beaucoup aussi, disons plus, la grande majorité parviendront à leur connaissance par voie de plaintes de la part des médecins, plaintes parfois légitimes, justifiées, mais qui, quelquefois aussi, auront tout le caractère de véritables délations. Et qui sait, messieurs, jusqu'où peut aller, dans cette voie, la rivalité entre confrères, qui sait tous les conflits que pourront engendrer les querelles de clocher, les blessures d'amour-propre, l'opposition des intérêts, les hostilités entretenues par des contacts journaliers ? L'institution de Chambres de discipline semble faire appel au déchaînement de ces mauvais sentiments, de ces mauvais instincts et, si le dicton : *Invidia medicorum pessima* est vrai, le projet de M. Surmay lui fournit une belle occasion de recevoir une nouvelle sanction expérimentale. Mais que devient alors le but moralisateur de ce projet ? Que devient même son but protecteur si, tout en défendant dans une certaine mesure les intérêts généraux de la profession, les intérêts particuliers peuvent être mis en péril, ou tout au moins troublés par la haine des uns, l'indignité et la mauvaise

Tous les malades dont nous venons de rapporter les observations peuvent être considérés comme des herpétiques. Pas un seul qui n'ait présenté quelques éruptions cutanées : herpès, urticaire, eczéma, le plus souvent accompagnés de vives démangeaisons. Névralgies, migraines, varices, hémorrhoïdes, calvitie, épistaxis, douleurs de rhumatisme chronique, altérations du système circulatoire, tels sont les désordres dynamiques, les lésions matérielles que nous avons constatés chez noe malades ou dont nous avons découvert la trace dans leurs familles.

« Cette série de modifications morbides, dynamiques et « matérielles se succède, dans la vie d'un individu, avec un « ordre tel qu'il ne peut être douteux qu'un lien de parenté « les unit et les rattache à une même condition pathologique « générale, de façon à former une seule et unique maladie (1). » Pour M. Lancereaux, cette série de modifications constitue l'herpétisme, et la transmission par hérédité de ces modifications est une preuve de plus de la réalité de la diathèse herpétique.

Mais tous nos malades sont aussi des albuminuriques, des brightiques, pour dire mieux ; nous avons, après chaque observation, discuté l'étiologie de leur albuminurie, et nous avons admis dans quelques cas l'influence de causes connues, telles que : refroidissement, grossesse ; dans les autres, il nous a été impossible de découvrir aucune des causes étiologiques généralement admises. Et encore, si dans deux cas (obs. IV et VI), nous avons pensé devoir compter avec le refroidissement, nous nous empressons d'ajouter qu'il ne s'agissait pas d'un refroidissement brusque, pénétrant, intense, ni par conséquent de néphrite *a frigore*, mais de l'influence possible de l'humidité dans des habitations mal situées ou nouvellement construites.

Il n'y a guère que dans notre observation V que nous trouvons une cause étiologique capable de rendre compte de la néphrite qui a emporté la malade : c'est la grossesse. Nous nous sommes assez étendu dans nos précédentes réflexions à ce sujet pour déterminer la part qui doit revenir à la gestation dans la production de la néphrite chronique. Elle a servi de cause occasionnelle chez une femme herpétique, c'est-à-dire prédisposée. Que la grossesse suffise à elle seule pour provoquer la maladie de Bright, c'est possible ; mais l'existence d'une diathèse, comme la diathèse herpétique, que nous avons vue capable de jouer le rôle de cause étiologique, mérite d'être prise en considération ; car, en admettant que dans le cas de néphrite gravidique elle agisse secondairement, son intervention devra corroborer l'interprétation de faits que l'on prétend connaître et qui ne sont pas encore bien élucidés. Elle permettra, par exemple, de répondre à cette question : « Pourquoi toutes les femmes grosses n'ont-elles pas de l'albuminurie, et pourquoi toutes celles dont les urines sont « albumineuses ne deviennent-elles pas des brightiques ? » C'est que toutes n'ont pas une tare diathésique, constitutionnelle, capable de servir de cause prédisposante aux désordres fonctionnels, aux lésions organiques.

La diathèse est en effet une maladie générale, *totius substantiæ* : tous les organes de l'individu taré se trouvent sous une même influence ; chez lui, les fonctions peuvent se troubler, les tissus peuvent s'altérer, sans qu'il soit besoin de recourir à l'intervention des métastases, des autres causes oculte, inexpliquées. Il est vrai que la constatation des causes déterminantes a une grande importance, mais celles-ci ne font que réveiller, appeler et fixer la diathèse sur tel ou tel organe, sur la partie *minoris resistantiæ* ; c'est le point le plus faible qui est attaqué : les poumons, les reins, le cœur, l'utérus ou les voies digestives, selon les prédispositions organiques de l'individu, selon sa manière de vivre, son hygiène, sa profession, selon les causes occasionnelles auxquelles il est exposé.

Telle doit être l'origine des maladies chroniques. Il n'est donc pas étonnant qu'il y ait quelquefois alternance entre ces maladies chez le même sujet, et point n'est besoin d'appeler à soi les métastases pour les expliquer. Il n'y a qu'un organe attaqué après un autre organe, et pour la même cause générale.

(*A suivre.*)

(1) M. Lancereaux, *Traité de l'herpétisme*.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Ostéite déformante (Paget) ou pseudo-rachitisme sénile (Pozzi), par le docteur Martel (de Saint-Malo), membre correspondant de la Société de chirurgie.

J..., âgée de soixante-dix-neuf ans. Hérédité et antécé-

foi des autres ? Je ne crois pas nécessaire d'insister davantage sur ce point.

En résumé, messieurs, insuffisance des motifs invoqués à l'appui du projet d'un Ordre des médecins ; caractère plus que contestable du principe qui, en fait, lui sert de base ; objections graves soulevées par son organisation ; difficultés, impossibilité même de sa mise à exécution ; dangers qu'il présente au point de vue de l'esprit d'union et de confraternité : telles sont les raisons qui justifient le vote de la majorité des Sociétés locales à l'encontre de ce projet.

(*A suivre.*)

— Le conseil d'Etat vient d'émettre un avis défavorable sur le renvoi au Sénat de deux pétitions tendant, la première à ce que le privilège accordé aux médecins pour leurs honoraires s'applique à la maladie qui précède la faillite aussi bien qu'à celle qui précède la mort ; la seconde, à ce que la prescription pour les créances médicales fût étendue de un à cinq ans, ou subsidiairement à deux ans pour les maladies aiguës et cinq ans pour les maladies chroniques.

— Le service de vaccinations gratuites de la Société française d'hygiène qui, depuis plusieurs années, fonctionne avec tant de régularité, au grand bénéfice de la population parisienne, a été repris à partir du mardi 25 mai, et sera continué les mardis suivants, à midi, à la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, 44, rue de Rennes.

Les enfants seront vaccinés avec de la lymphe vaccinale prise, sur place, sur la génisse.

Les médecins de Paris y trouveront à leur choix, sans rétribution aucune, du vaccin jennérien (vaccin d'enfant) et du vaccin animal (vaccin de génisse).

Les médecins de province pourront se procurer au siège de la Société, 30, rue du Dragon, du vaccin au prix de 1 fr. 50 c. le tube pour le vaccin de génisse, et de 0 fr. 75 c. pour les pointes d'ivoire chargées de vaccin jennérien (valeur incluse en timbres-poste).

N. B. — Le secrétaire général de la Société française d'hygiène a l'honneur de prévenir ses confrères de la presse politique et scientifique de Paris que les personnes qui se présenteront rue de Rennes, avec une lettre à l'entête des journaux respectifs, auront un tour de faveur pour les vaccinations à opérer.

dents morbides nuls. Père mort très âgé. Mère morte vers trente-cinq ans, en couches de son troisième enfant; de ceux-ci, deux sont morts en bas âge. Une sœur consanguine est morte à soixante-dix-neuf ans.

On ne connaît aucune maladie héréditaire dans la famille.

J... a en deux enfants : l'un a actuellement quarante-quatre, l'autre quarante-deux ans. Rien encore à noter de ce côté.

Elle était de petite taille, mais bien portante, et n'habitait pas une maison humide, un troisième étage dans une rue étroite.

Vers l'âge de quarante-six ans, elle fut atteinte de douleurs erratiques, mobiles, occupant surtout le ventre, et qui furent considérées comme rhumatismales; au bout d'un certain temps, elles se fixèrent à la jambe gauche, où elles furent intenses, cessant alors de se promener dans les régions primitivement atteintes. Cette période douloureuse dura environ dix-huit mois. Alors seulement on s'aperçut que le membre se déformait et que le *mollet passait en avant*.

Depuis l'âge de cinquante ans environ, l'état est stationnaire. J... souffre peu, sauf par les mauvais temps; elle a pu toujours marcher, avec une canne et en sautillant.

Elle fut vue à cette époque par un médecin qui soutint qu'elle devait avoir eu une fracture.

État actuel. — La jambe gauche est la plus fortement atteinte. Elle présente une courbure plus marquée à la partie supérieure, et dont la convexité est tournée en avant et en dehors. La flèche de cette courbe, à la partie supérieure du membre, est de 4 centimètres environ.

La forme du membre est presque cylindrique, un peu étranglée au-dessous du genou, et légèrement amincie vers la cheville qui est un peu gonflée par un œdème récent, dur et assez douloureux. La couche adipeuse est peu épaisse; les muscles sont atrophiés; il n'y a plus trace du mollet, qui est remplacé par la concavité.

Le tibia paraît, surtout en haut, mais régulièrement, augmenté de volume. Le péroné a subi la même incurvation, car il ne se détache pas de son congénère; on a même quelque peine à le suivre à travers les parties molles sans souplesse.

Les articulations sont indemnes.

Le pied n'est pas déformé. Dans la station et surtout dans la marche il se présente au sol par son bord externe; mais, pour se fixer, J... ramène la plante horizontale, ce qui l'établit sur la jambe en degré notable de Valgus.

En effet, dans la station, le genou gauche, lorsque les pieds sont en contact, reste éloigné de 15 centimètres environ de son congénère.

Le fémur présente aussi une courbure exagérée, mais dans la direction normale.

Ce membre gauche offre une apparence identique à celle du même membre dans la figure annexée au travail de M. Pozzi (*Congrès français de chirurgie*, p. 632).

Le membre inférieur droit, bien que paraissant sain au premier aspect, est atteint d'une déformation identique, mais beaucoup moins prononcée. Le mollet est conservé, et la flèche de l'arc tibial atteint à peine 12 à 15 m. m. Sa situation, dans la station, est à peu près verticale et fait ressortir la déviation du membre opposé.

Rien du côté du membre supérieur.

La tête est peu déformée, le crâne large et rond, mais sans excès bien appréciable. Le côté droit de la face est un peu élargi par le développement exagéré de l'os molaire, en même temps qu'un peu d'œdème dur et indolent local. En somme, la physionomie, comme la démarche, sont plutôt *comiques* que *hideuses*.

La taille, naturellement peu élevée, est démesurément amoindrie, atteignant à peine celle d'un enfant ordinaire de dix ans. Cette petitesse originelle atténue sans doute la disproportion ordinairement choquante des bras.

La colonne vertébrale est incurvée en avant et le sternum un peu bombé; mais l'importance de ce fait est évidemment moindre que celle de la diminution de longueur résultant de la courbure des os des jambes et des cuisses.

Habituellement bien portante et active malgré son infirmité, J... a été atteinte cet hiver d'un catarrhe pulmonaire de longue durée, pour les suites duquel elle demande mes soins. Je constate en effet un peu de congestion aux deux bases, avec quelques râles plus gras, disséminés, et surtout, ce qui l'inquiète, un peu d'œdème dur et douloureux, d'origine récente, aux deux malléoles, principalement à gauche. Malgré l'âge avancé, l'influence relative au moins de la déformation thoracique et la fâcheuse nécessité où elle est de rester constamment assise, la malade réagit bien contre ces influences morbides multiples, et, au bout de quelques jours de traitement, les accidents ont disparu, sauf un peu de lenteur dans la diminution de l'œdème.

Le cas de J... me semble rentrer exactement dans le cadre de la maladie décrite par Paget sous le nom d'ostéite déformante. Le nom de pseudo-rachitisme sénile proposé par M. Pozzi aurait l'avantage d'indiquer une des conditions constantes (et peut-être essentielle) des faits connus, c'est-à-dire l'âge avancé, et d'éviter en même temps la confusion avec l'affection de nature toute différente, à laquelle avait donné lieu cette première appellation.

Mon observation est absolument muette en ce qui concerne l'étiologie (en dehors de l'âge et du sexe), quoique très accentuée aux membres inférieurs, la lésion est restée nulle ou au moins rudimentaire dans les autres parties du squelette; de sorte que l'ensemble diffère notablement du type plus accentué et *hideux* (anthropomorphique) concacré par le célèbre chirurgien anglais dans sa description désormais classique.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE PHARMACOLOGIE

I. TRAITEMENT DE LA VARIOLE PAR LA MÉDICATION ÉTHÉRÉE-OPIACÉE, par le docteur DU CASTEL (Extrait des *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, février 1886). — II. ACTION DIURÉTIQUE DU CALOMEL, par le docteur JENDRAFSIK (*Pester med. Chirurg. Presse*, nos 51 et 52, 1885). — III. DE LA PARTHÉNINE, par M. GUYET (*Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique*, 1886, no 7, p. 40). — IV. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'IONOL, par le docteur MARCUS (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, no 21, p. 242). — V. SOLUTIONS ÉTHÉRÉES D'IODOFORME ET POMMADES A L'IODOFORME, par le docteur HEBBELER (*Munchener medic. Wochenschrift*. 1886, no 1).

I. Il y a quatre ans, nous avons signalé aux lecteurs de la

GAZETTE MÉDICALE les premiers résultats, obtenus par M. Du Castel dans le traitement de la variole par la médication éthérée-opiacée. Le scepticisme avec lequel fut accueilli le traitement nouveau n'a pas découragé l'auteur. Aujourd'hui, M. Du Castel, est à même d'invoquer à l'appui de ses conclusions premières les témoignages fournis par plusieurs de ses collègues des hôpitaux et par d'autres confrères. Il demeure acquis que la médication éthérée-opiacée, dépourvue de tout inconvénient sérieux, exerce une action favorable sur la suppuration chez les varioleux. Par suite, la durée de la maladie est abrégée, et cette abréviation, qui porte sur la période la plus pénible de la variole, peut aller jusqu'à une dizaine de jours. Dans des services hospitaliers, où la médication était instituée suivant les règles voulues, on a vu des malades guérir de la variole en quatre jours; les boutons varioleux ne dépassaient pas dans leur développement la phase papuleuse ou vésiculeuse. Naturellement, du même coup se trouvent atténués ou supprimés les accidents graves consécutifs à la suppuration, en première ligne la fonte purulente de la cornée.

Cela étant, nous rappellerons en quoi consiste la médication préconisée par M. Du Castel : des injections sous-cutanées d'éther sont pratiquées deux fois par jour (matin et soir); on injecte chaque fois la valeur d'une pleine seringue de Pravaz. Dans le courant de la journée, on fait prendre aux malades une dose d'extrait thébaïque, qui est ordinairement de 20 centigrammes pour les hommes et de 15 centigrammes pour les femmes. Enfin, dans la plupart des cas, M. Du Castel associe à l'éther et à l'opium le perchlorure de fer, administré à l'intérieur à la dose de 20 gouttes par jour. La médication doit être instituée aussi tôt que possible; elle n'est réellement efficace qu'autant qu'on y a recours dans les trois premiers jours de l'éruption; passé ce délai, elle ne donne que des résultats affaiblis. Son utilité se manifestera surtout lorsque seront réalisées les deux conditions suivantes : se trouver en présence d'un malade gravement atteint dès le début; pouvoir poser le diagnostic dans les premiers jours de la maladie. C'est dire que la médication éthérée-opiacée est appelée à rendre de grands services en temps d'épidémie, alors que les deux conditions susdites se rencontrent sans peine, et l'on sait, par l'expérience des vingt dernières années, combien, malgré les bienfaits de la vaccine, la variole, quand elle sévit à l'état épidémique, tend à redevenir le fléau qui fit de si grands ravages dans les siècles passés.

II. La parthénine est un principe médicamenteux extrait par un pharmacien de La Havane, M. Ulrici, du *parthenium hysterophorus*, connu encore sous les noms vulgaires d'*escoba amagra*, d'*absinthe sauvage des Antilles*. M. Ulrici croyait avoir mis la main sur un alcaloïde, tandis qu'en réalité sa parthénine n'est qu'une substance alcaloïdique mal définie, comparable, au point de vue de la complexité de sa composition, à l'éméline, à la scillitine, aux digitalines amorphes, etc. Elle se présente à l'état amorphe, ou à l'état lamellaire sous forme de paillettes noires et brillantes, très solubles dans l'eau. La solution a la teinte brune du café; son goût, sans être agréable, ne provoque pas trop de répugnance. Le médicament peut encore être administré en poudre, enrobé dans du pain azyme, ou en pilules. Dose quotidienne : 20 centigrammes à 1 gramme, fractionnée en plusieurs prises.

Aux Antilles, le *parthenium hysterophorus* est employé comme succédané de la quinine. M. Guyet a éprouvé la valeur antithermique de la parthénine, qu'il a trouvée absolument nulle. Par contre, il attribue à la parthénine une grande efficacité contre les névralgies, intermittentes ou non, et principalement contre les névralgies crâniennes.

III. ZENDRAFSIK (de Budapest) avait constaté une première fois l'action diurétique du calomel chez un malade affecté d'une hydropisie considérable et qu'on avait soumis, pour d'autres raisons, à un traitement mercuriel : d'abord frictions, puis administration interne du calomel à petites doses. Le traitement par le calomel durait depuis plusieurs jours, lorsque le malade fut pris d'une diurèse extrêmement abondante, en même temps que l'hydropisie se dissipait. Depuis lors, le médecin de Pesth a répété l'expérience sur un certain nombre de malades, toujours avec succès. Le calomel était administré par prises de 0,2, au nombre de 3 à 5 dans les vingt-quatre heures (à doses plus élevées, le médicament ne provoque que de la diarrhée); gargarismes et potion au chlorate de potasse, pour prévenir la salivation.

L'action diurétique se manifestait à partir du second jour, avec une intensité telle que les malades avaient de la peine à se retenir. La polyurie durait de 5 à 14 jours. L'effet diurétique dépendait davantage du degré de l'hydropisie que de la quantité de calomel administrée. D'ailleurs, il a fait défaut chez des sujets sains et chez des malades affectés d'un épanchement pleural, preuve que la polyurie n'est pas le résultat d'une action directe du calomel sur les reins. Il s'agit plutôt d'une action osmotique, le liquide transsudé hors des vaisseaux s'y trouvant de nouveau ramené par un courant en sens inverse. Le travail de M. Jendrafeik renferme quelques observations cliniques qui paraissent très probantes.

IV. Il a déjà été question, dans ce journal, de l'iodol, un succédané de l'iodoforme, obtenu par voie de synthèse par MM. Ciamicau et Silber, en faisant agir de l'iode sur du pyrol. L'iodol n'a pas l'odeur répugnante de l'iodoforme. D'autre part, les essais cliniques faits avec ce nouveau produit par Mazzoni, par Benno Schmidt (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 4) ont donné des résultats propres à faire admettre qu'il n'y a point à craindre avec l'iodol les accidents toxiques qu'on voit quelquefois survenir à la suite de l'emploi topique de l'iodoforme. Les expériences que vient de faire M. Marcus, sur des animaux, ont donné des résultats qui corroborent les premières données de la clinique. Introduit directement dans les vaisseaux d'un animal, l'iodol a manifesté une toxicité moindre que l'iodoforme, à doses égales, ce qu'explique sa moindre richesse en iode. Les accidents toxiques ont fait défaut quand l'iodol était simplement appliqué à la surface d'une plaie, ou à la surface de la peau préalablement rasée, ou injecté dans les vaisseaux d'un animal par petites quantités (0,2 chez un chien de 7 kilogrammes). En admettant que l'iodol ait une valeur antiseptique égale à celle de l'iodoforme, il y a donc tout avantage à le préférer à ce dernier.

V. M. Hebbeler fait remarquer qu'une solution éthérée d'iodoforme, exposée à l'action de la lumière, prend une teinte brune de plus en plus foncée, due à la mise en liberté d'une certaine quantité d'iode. Cet effet de l'action de la lumière solaire est retardé par l'addition d'une faible quantité d'alcool à la solution. Pour prévenir cette altération des solutions éthé-

rées d'iodoforme, il faut conserver celles-ci dans des verres de couleur noirs ou bruns ; de même pour le collodion iodoformé.

L'action dissociante des rayons solaires s'exerce également sur les couches les plus superficielles des pommades et des onguents à l'iodoforme, quand elles se trouvent exposées à la lumière. Le changement de couleur varie suivant la nature de l'excipient ; elle est d'un brun-noirâtre à la surface des onguents préparés avec de la vaseline ; d'un rouge-violet quand l'excipient est de la paraffine, rouge, quand c'est de la graisse (benzoïdée). C'est donc à ce dernier excipient qu'il faut donner la préférence ; au besoin, on pourra employer la paraffine ; la vaseline doit être rejetée, pour ce qui concerne cet usage spécial.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Notes sur quelques cas de pleurésie chronique traités par les eaux du Mont-Dore, par le docteur Elie Percepied. — Ad. Delahaye et Lecrosnier. Paris, 1885.

Les eaux du Mont-Dore jouissent de propriétés curatrices dans les cas de pleurésie chronique d'emblée avec épanchement moyen, ou succédant à une affection aiguë, si l'épanchement n'excède pas la moitié inférieure de la cavité pleurale. Elles agissent encore avec efficacité contre les exsudats plastiques de formation récente ne présentant aucune tendance à la résolution et contre la pleurite adhésive. Par contre, on doit les proscrire lorsqu'il y a fièvre, lorsque l'épanchement est abondant ou purulent, lorsque les fausses membranes sont anciennes, lorsqu'enfin il existe une lésion osseuse ou cancéreuse. Des observations intéressantes viennent démontrer le bien fondé de ce qui précède.

Le traitement hydriatique variera suivant les circonstances ; bains tempérés, demi bains chauds, douches liquides ou de vapeur, eau en boisson, inhalations chaudes, ces dernières rendant de grands services lorsqu'il existe des complications bronchiques.

Ch. Amat.

La virilité et l'âge critique chez l'homme et chez la femme, par le docteur L. de Séré. — Ad. Delahaye et Lecrosnier. — Paris, 1885.

L'organisme de l'homme et de la femme passent par des évolutions successives désignées sous les noms d'enfance, d'adolescence, de puberté, de virilité, d'âge critique, de vieillesse et de caducité.

La virilité marque l'aptitude à engendrer ; elle exprime la faculté essentielle, dominante de la vie, dont la loi première est la continuité. L'âge critique lui succède, commun à l'homme et à la femme, mais si différent de caractères que les auteurs en font rarement mention chez le premier. La présence des zoospermes dans la liqueur séminale comme celle des règles, indique dans les deux sexes l'aptitude à procréer. Si la disparition des spermatozoaires ne se produit pas aussi nettement que la cessation du flux cataménial, il n'en est pas moins certain que ces organismes font, malgré de rares exceptions, complètement défaut à un âge avancé. Et M. de Séré aurait pu s'appuyer, pour le prouver, sur les recherches faites par M. le médecin principal Dieu à l'hôpital des Invalides et consignées dans le journal de Ch. Robin.

Mais tandis que, durant la période de virilité, les règles surviennent d'une façon périodique chez la femme, la sécrétion spermatique est continue chez l'homme, tout en variant de quantité et de puissance de fécondation selon la valeur plastique du sang et selon les émotions passionnelles que l'énergie des affinités sympathiques provoque. Cet état d'affaiblissement mensuel est bien fait pour tenir les forces de l'homme au degré de supériorité physiologique voulu. A remarquer qu'il fait défaut chez la femme pendant la gestation et la lactation, alors qu'il y a nécessité de concentrer la vitalité du sang dans la nutrition du nouvel être.

Ch. Amat.

L'extraction simple de la cataracte par le procédé a lambeau inférieur, par M. le docteur Terson. — *Rev. méd.* de Toulouse, 1885.

Dans la plupart des cas, on pratiquera l'extraction simple à lambeau inférieur. Le procédé à lambeau supérieur pourra être réservé aux cataractes entièrement dures, sans offrir néanmoins, même dans ce cas, de sérieux avantages. Il convient en toutes circonstances de donner à la plaie une étendue suffisante pour permettre l'issue facile de tout le cristallin. Dans un vingtième des cas, tout au plus, l'extraction combinée à l'iridectomie restera justifiée : indocibilité des malades, rétention d'une grande partie des masses corticales, tendance très marquée à l'enclavement de l'iris.

Ch. Amat.

REVUE DES THÈSES

Pathologie mentale

Contribution a l'étude de la sitiophobie chez les aliénés et de son traitement par les lavages de l'estomac, par le docteur François-Benjamin Raspail. — Thèse de Paris, 1885.

Témoin, d'un côté des excellents résultats du lavage de l'estomac dans un grand nombre d'affections gastriques, de l'autre, de la fréquence des troubles digestifs dans la sitiophobie des aliénés, je proposai, en 1880, de pratiquer le lavage de l'estomac concurremment avec l'alimentation artificielle chez les fous sitiophobes, et depuis cette époque, je n'ai cessé d'avoir recours à cette opération, dont j'ai souvent obtenu les meilleurs effets.

L'année suivante, le docteur Sébastien Mabit publiait dans « l'Encéphale » l'intéressante observation d'une aliénée mélancolique qui, arrivée au dernier degré de l'inanition par suite de sitiophobie et de vomissements dus à un état saburral intense des voies digestives, fut sauvée par lui de la mort au moyen du lavage de l'estomac, et, consécutivement, s'améliora au point de vue psychique assez pour pouvoir sortir de l'asile et être rendue à sa famille. Comme conclusion à cette observation, M. Mabit écrivait que la question des lavages de l'estomac chez les aliénés méritait d'attirer l'attention des médecins aliénistes et d'être mise sérieusement à l'étude. Il ajoutait que cette pratique prendrait incessam-

ment une grande place dans le traitement des aliénés sitiophobes.

C'est cette question du lavage de l'estomac dans la sitiophobie des aliénés que M. François Raspail a pris pour sujet de sa thèse inaugurale et son travail éminemment clinique et pratique mérite d'être exposé avec quelques détails.

Je passe rapidement sur les premiers chapitres de cette étude, consacrés à l'historique des procédés employés dans l'alimentation forcée des aliénés et à l'analyse scientifique du syndrôme sitiophobie, pour en arriver au point principal, c'est-à-dire au lavage de l'estomac chez les fous sitiophobes.

Après avoir rappelé les quelques travaux antérieurs sur ce sujet, que j'ai déjà cités, M. Raspail constate de son côté combien sont fréquents les troubles gastriques chez les aliénés qui refusent les aliments, et il conclut à la nécessité chez eux de pratiquer d'une façon méthodique et régulière le lavage de l'estomac.

Il passe alors à l'examen des difficultés que présente le manuel opératoire et décrit en détail l'appareil qu'il a été conduit à imaginer pour rendre cette opération plus facile.

On sait, en effet, que chez la plupart des aliénés sitiophobes, il est nécessaire de pratiquer le cathétérisme œsophagien par les fosses nasales, et que par conséquent il est impossible de faire usage, chez eux, du tube de Faucher, habituellement employé dans les hôpitaux pour le lavage de l'estomac.

Dans le principe, je m'étais servi, pour ma part, de la pompe de Kussmaül qui, légèrement modifiée pour la circonstance, me permettait de réaliser le lavage de l'estomac chez les aliénés en aspirant et en refoulant le liquide introduit par les fosses nasales. Depuis, j'ai à peu près abandonné cette méthode, non pas que je l'aie reconnue dangereuse, mais parce qu'elle est parfois longue, pénible et compliquée. Actuellement, je me sers de la simple sonde œsophagienne nasale ordinaire qui, adaptée par son extrémité extérieure à un tube de Faucher, constitue de la sorte un véritable siphon.

M. Raspail a modifié et perfectionné l'appareil de la façon suivante :

Sa sonde, qu'il a fait fabriquer par Galante, est en gomme; elle est souple, flexible et a une longueur de 90 centimètres; son diamètre est de 6 millimètres, ce qui permet de la faire passer par les narines les plus étroites, même chez les femmes; son bout stomacal est coupé transversalement, à bords mousses et arrondis; au-dessus de ce bout stomacal se trouve un œil, et sur les parois, autour de cet œil, trois rangées de trous ronds, au nombre de sept pour chaque rangée, en tout vingt et un trous, afin de pouvoir obtenir une sorte d'arrosage de l'estomac. L'extrémité extérieure de la sonde reçoit un ajutage de verre qui permet de la relier à un tube de caoutchouc auquel se fixe l'entonnoir.

Tel est l'appareil fort simple dont l'auteur se sert pour pratiquer le lavage de l'estomac chez les aliénés. Il convient d'ajouter à sa description une pièce complémentaire, destinée au diagnostic de l'opération.

On sait que dans le cathétérisme par les fosses nasales, tel qu'il s'effectue chez les fous sitiophobes, il arrive assez fréquemment à l'opérateur de faire fausse route et de diriger sa sonde dans les voies aériennes. D'ordinaire, l'erreur est facilement reconnue et réparée; mais, dans certains cas, aucun indice ne vient révéler la fausse route au moins d'une façon suffisante. Pour remédier à cet inconvénient, j'avais, il y a quelques années, proposé une sonde d'épreuve qui, au moyen d'une ampoule dilatable qu'elle portait sur sa paroi, permettait de reconnaître la pénétration dans la trachée par l'asphyxie qui se produisait. M. Raspail, après avoir signalé les imperfections de cet appareil et indiqué la possibilité d'une asphyxie analogue sous l'influence de la simple compression des nerfs récurrents, décrit la modification qu'il y a apportée. Son ampoule dilatable, au lieu de faire corps avec la sonde, constitue une pièce isolée qui, au moyen d'un bouchon, se fixe dans le pavillon de la sonde et le bouche hermétiquement. Il en résulte que, si la sonde a pénétré dans les voies aériennes, on voit le ballon de baudruche se gonfler par saccades, ce qui n'a pas lieu lorsqu'elle se trouve dans l'œsophage. Pour rendre l'appareil plus sensible, il est nécessaire de boucher l'autre narine, ainsi que l'orifice buccal.

Quant aux liquides destinés au lavage, M. Raspail a employé tantôt l'eau bicarbonatée, tantôt l'eau contenant de la résorcine, quelquefois de l'eau boriquée, suivant les formules recommandées par M. Dujardin-Beaumetz. A chaque lavage, il a injecté plusieurs litres de liquide, jusqu'à ce qu'il revînt parfaitement clair. Il a traité de la sorte sept malades, paralytiques, alcooliques ou lypémaniaques, et chez tous il a vu, après un temps plus ou moins long, l'état saburral disparaître et le refus d'aliments cesser sous l'influence de cette médication.

Il résulte de ces faits intéressants et soigneusement observés, que le lavage de l'estomac donne d'excellents résultats dans la plupart des cas de sitiophobie chez les aliénés, et qu'il mérite par conséquent de passer d'une façon définitive dans la pratique courante.

Dr E. Régis.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

Sur l'emploi du salicylate de soude. — De toutes les médications préconisées dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et presque toutes abandonnées après un moment de vogue, une seule est définitivement entrée en pratique : c'est la médication salicylée. Accueillie avec enthousiasme il y a quelques années, elle est aujourd'hui universellement employée.

Sûreté d'action, guérison rapide, voilà des avantages que toutes les observations sont unanimes à reconnaître au salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ou chronique et d'autres affections analogues. Si quelques insuccès ont été constatés, ils sont en bien petit nombre; celui des guérisons est considérable. Voici ce qu'on observe généralement : 1° la cessation rapide des douleurs; 2° la disparition de la fluxion articulaire qui cède au bout d'un à trois jours, mais jamais avant la douleur; les mouvements redeviennent faciles et libres dès le troisième.

Dans le rhumatisme chronique simple, les résultats obtenus par M. Sée ont été des plus satisfaisants; il en est de même dans les crises aiguës qui se manifestent de temps à autre soit dans le rhumatisme simple, soit dans l'arthrite noueuse; les attaques douloureuses cessent aussi vite que dans le rhumatisme aigu.

Dans la goutte aiguë et chronique, les résultats sont extrêmement remarquables. Dans les accès aigus, on voit disparaître en deux ou trois jours les douleurs, la fluxion articulaire, la rougeur de la peau et la sensibilité au toucher. La goutte chronique ne se prête pas moins bien aux applications de la médication salicylique.

Mais, quelle que soit l'affection contre laquelle on administre le salicylate de soude, on devra s'assurer de la pureté du produit et n'employer qu'une préparation bien dosée, toujours régulière dans sa composition comme la Solution Clin, par exemple, dont on a

déjà pu vérifier les bons effets. Cette solution contient très exactement 2 grammes de Salicylate de Soude pur par cuillerées à bouche et 0,50 centigrammes par cuillerée à café.

Dans une leçon faite à la clinique de l'hôpital de la Charité, M. le professeur Hardy a fourni des indications précieuses pour l'emploi du salicylate de sonde.

« Le traitement du rhumatisme doit avoir pour but d'abréger la maladie le plus possible, afin d'éviter toutes complications. Il a varié selon le temps; je ne ferai pas ici son historique, et j'arrive à la médication véritablement souveraine et employée avec tant de succès depuis deux ans, je veux parler du salicylate de soude. J'ai toujours obtenu par son emploi une sédation prompte, une diminution rapide de la douleur, du gonflement, de la fièvre et de tous les accidents inflammatoires. L effet est survenu quelquefois vingt-quatre heures après l'administratinn de la première dose, souvent au bout de quarante-huit heures ou de trois jours au plus. Grâce au salicylate de soude, on abrège considérablement la maladie, qui ne peut ainsi durer que trois, quatre ou huit jours seulement au lieu de six semaines antrefois.

« Je commence l'administration par 4 grammes, et, si les résultats désirés sont obtenus, je reste à cette dose; si, au contraire, l'effet est nul ou insuffisant, je vais jusqu'à 5 ou 6 grammes. Ce médicament doit être continué pendant dix ou quinze jours en diminuant progressivement la dose, malgré la guérison, si l'on veut que celle-ci se maintienne. On arrive ainsi à 2 grammes, que l'on continue pendant une dizaine de jours, car le salicylate de soude ne coupe pas le rhumatisme comme le sulfate de quinine coupe les fièvres intermittentes, et si l'on en cesse trop tôt l'emploi, les phénomènes rhumatismaux réapparaissent. »

En résumé, le salicylate de soude pur est le produit le plus efficace que l'on possède contre les affections rhumatismales aiguës et chroniques, et la Solution Clin réunit les conditions voulues pour l'emploi de ce médicament.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Faucon, décédé à Licques (Pas-de-Calais), le 7 mai 1886, dans sa quarante-unième année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINICAT MÉDICAL. *Concours de clinicat.* — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de chefs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, et de chefs de clinique des maladies des enfants, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 28 juin 1886, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu :

1o Pour le clinicat médical :

A la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints;

2o Pour le clinicat des maladies syphilitiques et cutanées :

A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint;

3o Pour le clinicat des maladies des enfants :

A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 24 juin 1886. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à prodnire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours.

— *Concours pour le clinicat des maladies mentales.* — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique des maladies mentales s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 5 juillet 1886, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1886. (Le registre d'inscription sera onvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et lenr diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours.

— *Concours pour le clinicat obstétrical.* — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique obstétricale s'onvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 21 juin 1886, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1886. (Le registre sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour d'ouvertnre du concours.

— *Concours de clinicat chirurgical et ophtalmologique.* — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale et de chefs de clinique ophtalmologique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le mardi 15 juin 1886, à neuf heures du matin.

Il sera pourvn :

1o Pour le clinicat chirurgical :

A la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de trois chefs de clinique adjoints;

2o Pour le clinicat ophtalmologique :

A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 10 juin 1886. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour d'ouverture du concours.

* *

— Les épreuves pratiques seront renouvelées à la fin du mois de juin ou au commencement du mois de juillet pour les candidats ajournés avant le 9 juin 1886. Les épreuves orales seront renouvelées : 1° du 15 juin au 1er juillet par les candidats qui ont échoué après le 15 mai ; 2° du 1er au 15 juillet, par ceux qui auront échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai sont appelés à consigner jusqu'au 1er juin 1886 inclusivement, comme dernier délai; les candidats ajnurnés après le 15 mai et avant le 9 juin sont appelés à consigner jusqu'au 15 juin inclusivement comme dernier délai.

Tous les candidats ajournés sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec.

— A partir du 1er novembre 1886, l'épreuve orale de la première partie du deuxième examen de doctorat (anatomie et histologie) pourra comporter des interrogations sur une préparation histologique qui sera présentée au candidat et que celni-ci aura à examiner et à reconnaître au microscope, de même que cet examen comporte actuellement, pour l'anatomie descriptive, des interrogations sur une pièce du squelette mise entre les mains du candidat.

Les préparations histologiques ne sortiront pas de la série des pièces les plus élémentaires à l'examen desquelles MM. les étudiants sont exercés dans les travaux pratiques d'histologie.

* *

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. Vignnn, dncteur ès sciences, est nommé sous-directeur du laboratoire d'enseignement de la chimie industrielle (emploi nouveau).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Les professeurs, les suppléants, chargés de cours et agrégés en exercice sont convoqués le 7 juin prochain à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Bordeaux, en remplacement de M. Coyne, démissionnaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Grenoble, est reporté au 15 novembre 1887.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Par prorogation, le registre d'inscription des candidats pour la nomination d'un chef de clinique à la Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts, restera ouvert jusqu'au 31 mai courant. MM. les docteurs qui désirent prendre part au concours peuvent, avant cette époque, se présenter au secrétariat de l'hospice des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris a commencé lundi, 24 mai 1886. La question donnée pour la première épreuve (composition écrite) a été : « Les trompes utérines, anatomie et physiologie. » La lecture des compositions a lieu mercredi et vendredi, à quatre heures.

— Le jury du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils, qui doit s'ouvrir lundi prochain 31 mai 1886, est définitivement constitué; il se compose de MM. les docteurs Cusco, président; Cruveilhier, Horteloup, Le Fort, Peyrot, Trélat, chirurgiens, et Ferrand, médecin des hôpitaux.

— Un concours public pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés s'ouvrira le lundi 28 juin 1886, à l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Asistance publique à Paris, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 1er juin 1886, il sera clos le mercredi 16 juin à trois heures.

— Par suite de la mort de M. Legrand du Saulle, les mutations suivantes auront lieu au mois d'août prochain dans le service médicale des aliénés dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris. M. le docteur Jules Voisin passe de l'hospice de Bicêtre à l'hospice de la Salpêtrière; M. le docteur Deny, médecin adjoint à l'hospice de Bicêtre, passe médecin titulaire dans le même établissement.

— M. le docteur Ch. Mauriac reprendra, à l'hôpital du Midi, ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, aujourd'hui samedi 29 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure. — Chaque leçon sera précédée de la revue des malades du service et suivie d'instructions pratiques sur le traitement.

— M. le professeur Charcot repreudra ses conférences cliniques du lundi, sur les maladies nerveuses, lundi prochain 31 mai 1886, à neuf heures et demie du matin, dans le grand amphithéâtre de l'hospice de la Salpêtrière, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— Par décret, en date du 22 mai 1886, M. le médecin de première classe Bodet a été promu, après concours, au grade de médecin-professeur dans le corps de santé de la marine.

— Par décret, en date du 19 mai 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Gaudin, Dronet, Hanotel, Despoisse, Thouvenin, Deconvelacre, Lalande, Loisy, Brunotte et Perrotte.

— Pendant la durée de la session de l'*Association française pour l'avancement des sciences* et dans les trois jours qui suivront la clôture, auront lieu diverses excursions, notamment à Toul et sur le canal de l'Est, dans les Vosges, à Gérardmer, Saint-Maurice, le ballon d'Alsace, etc.

Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Association, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

— La Société nationale d'encouragement au bien, dans sa séance du 16 mai, a décerné des médailles d'honneur et des diplômes à MM. les docteurs Cheurlot, à Bar-sur-Seine; Dépéret Murel, à Limoges; Faraut, à Nice; Picard, à Villentrois (Indre), et à MM. Laroche et Nicot, pharmaciens à Paris.

— LA GAZETTE GÉOGRAPHIQUE ET L'EXPLORATION, journal hebdomadaire, 6, rue Cassette.

Sommaire du n° 20. — La question des Nouvelles-Hébrides. — Les Parsis. — Quinze mois chez les cannibales du Haut-Congo. — Un faux Marocain. — L'Atlas colonial. — Affaires coloniales de la France. — Mouvement colonial de l'étranger. — Nouvelles géographiques. — Renseignements commerciaux et statistiques. — Revue des Sociétés. — Nécrologie. — Bibliographie et cartographie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

329. M. Fournier. Du rhumatisme articulaire pendant la grossesse. — 330. M. Laisac. Des bains de briques. — 331. M. Depré. Contribution à l'étude du rhumatisme cérébral. Traitement par l'hydrothérapie. — 332. M. Artzrouny. De l'œdème carpo-métacarpien rhumatismal et de sa pathogénie. — 333. M. Trévelot. Quelques considérations sur l'amputation de l'omoplate, avec résection de la clavicule, dans les cas d'arrachement du membre supérieur. — 334. M. Rebillard. Des troubles laryngés d'origine cérébrale. — 335. M. Dalché de Desplanel. De l'ovarite. — 336. M. Courtade. Du polype papillomateux du voile du palais.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 16 AU SAMEDI 22 MAI 1886

Fièvre typhoïde 20. — Variole 4. — Rougeole 29. — Scarlatine 6. — Coqueluche 14. — Diphtérie, croup 35. — Choléra 0. — Dysentérie 0 — Érysipèle 5. — Infections puerpérales 8. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 40. — Phthisie pulmonaire 199. — Autres tuberculoses 41. — Autres affections générales 76 — Malformation et débilité des âges extrêmes 63. — Bronchite aiguë 26 — Pneumonie 132. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 33. — au sein et mixte 24. — inconnu 5 — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 92. — de l'appareil circulatoire 63. — de l'appareil respiratoire 83. — de l'appareil digestif 41. — de l'appareil génito-urinaire 27. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 9 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 19. — Total de la semaine : 1130 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Cours d'embryogénie comparée du Collège de France. — De la génération des vertébrés. Par Balbiani, professeur au Collège de France. Recueilli et publié par M. F. Henneguy, préparateur du cours. Revu par le professeur. Un beau volume gr. in-8, avec 150 figures dans le texte, et six planches chromolitographiées hors texte. — Prix : 16 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Manuel d'hygiène militaire, suivi d'un précis des premiers secours à donner en attendant l'arrivée du médecin, par le docteur Ch. Viry. — Un volume in-18 avec 42 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Nouveau dictionnaire abrégé de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences physiques, chimiques et naturelles, par Ch. Robin, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Un fort volume grand in-8 de 1,020 pages. — Prix : broché, 16 fr. ; relié maroquin, tranches peignes, fers spéciaux, 20 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etude sur l'œdème du larynx (œdème de la glotte), par le docteur J. Cherazec, ancien préparateur à la Faculté des sciences de Bordeaux. Une brochure grand in-8 de 115 pages.—Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Nouveaux éléments de botanique, par Criè (Louis), professeur à la Faculté des scienecs de Rennes, docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe. Pour les candidats au baccalauréat ès sciences et les élèves en médecine et en pharmacie, contenant l'organographie, la morphologie, la physiologie, la botanique rurele et les notions de géographie botanique et de botanique fossile. Un gros volume in-18, de 1160 pages, avec 1332 figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



57e année. 7e série. Tome III. — N° 23 — 5 JUIN 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE CLINIQUE SUR LE TRAITEMENT DE L'ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX SIMPLE OU VARICE ANÉVRYSMALE (1),

par M. POLAILLON, chirurgien de la Pitié, agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

L'anévrysme artério-veineux simple ou sans sac est généralement considéré comme une affection stationnaire, comme une sorte d'infirmité, qui n'altère pas la santé et qui est parfaitement compatible avec l'exercice normal des fonctions. J'ai déjà cité à la Société de chirurgie (BUL., 1882, t. VIII, p. 806) un fait d'anévrysme artério-veineux de l'aisselle que j'avais essayé de guérir, sans succès, par la compression et par l'électro-puncture, et qui était en définitive si bénin que j'ai abandonné le malade à lui-même. Mais il n'en est pas toujours ainsi. La communication artério-veineuse traumatique entre les gros vaisseaux de la racine des membres, particulièrement entre l'artère et la veine crurales, peut avoir des conséquences très graves. Le but de ce travail est d'en donner un exemple frappant. J'en tirerai cette conclusion, qu'il faut prévenir la formation des anévrysmes artério-veineux en liant immédiatement les artères blessées au voisinage des grosses veines, toutes les fois que l'on soupçonne qu'une commnnication peut s'établir entre la plaie nerveuse et la plaie artérielle. Si l'anévrysme est déjà formé lorsque le blessé vient consulter, et s'il produit des accidents, il faut agir aussitôt que possible, car, en temporisant, on s'expose à rencontrer des difficultés opératoires plus grandes et quelquefois des difficultés insurmontables.

(1) Communication faite à la Société de chirurgie le 26 mai 1886.

Varice anévrysmale du pli de l'aine. — Epilepsie et troubles graves consécutifs. — Electro-puncture. — Septicémie, — Péricardite infectieuse. — Mort. — Observation recueillie par M. DUCHON DORIS, interne des hôpitaux.

Le malade qui fait le sujet de cette observation, D... (Albert), est âgé de 23 ans. Il présente une taille au-dessus de la moyenne et un développement du système musculaire qui ne se rencontre habituellement pas à ce degré chez un homme aussi jeune, condamné depuis plusieurs années à une inaction forcée. Aussi, à première vue, on lui donnerait plutôt trente ans que vingt-trois ans.

Ses parents étaient cultivateurs. Son père a cinquante-huit ans, sa mère a cinquante-deux ans; tous deux ont une bonne santé. Son père a parfois des migraines; sa mère a eu une fois en hiver quinze jours de douleurs rhumatismales qui l'ont forcée à garder le lit.

Sa famille se compose encore de cinq autres enfants : un frère est mort en Afrique, au service, de fièvres paludéennes. Tous les

FEUILLETON

L'ORDRE DES MÉDECINS

RAPPORT SUR LE PROJET DE CRÉATION D'UN ORDRE DES MÉDECINS, PRÉSENTÉ A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE AU NOM D'UNE COMMISSION COMPOSÉE DE MM. BUCQUOY, DUFAY, GALLARD, VANNESSON ET DE RANSE, rapporteur.

Suite et fin. — Voir les numéros 19, 20, 21 et 22.

III

Est-ce à dire que tout soit pour le mieux dans notre profession et qu'il n'y ait rien à retenir de ce grand mouvement d'opinion produit par la louable tentative de MM. Surmay et Mongeot? Loin de là; et si nos deux honorables confrères n'ont pas la satisfaction de voir leur projet adopté, ils auront certainement celle, bien légitime et bien méritée, d'avoir contribué, par leur chaude et persévérante initiative, à secouer notre torpeur et à introdnire dans notre vie professionnelle les améliorations en rapport avec les moyens dont nous disposons.

Si vous le voulez bien, messieurs, n'oublions pas que nous sommes médecins; rappelons-nous que, dans les endémies sociales, la prophylaxie est d'une application plus facile et plus sûre que la thérapeutique, et demandons-nous quelle est la cause principale du mal dont nous souffrons.

On ne tombe pas, par suite d'une longue préméditation, dans l'indignité professionnelle et le charlatanisme. L'élève en médecine, sur les bancs des amphithéâtres ou dans les salles d'hôpital, ne rêve pas aux moyens plus ou moins illicites qu'il pourra employer plus tard pour forcer la clientèle, et la vérité est que, le jour où ils obtiennent leur diplôme, les jeunes docteurs sont tous animés de sentiments d'une parfaite honorabilité. Le moment des hésitations, des luttes avec la conscience, des défaillances, ne survient que lorsque les illusions se perdent et qu'on se trouve aux prises avec les difficultés de la vie. Et alors deux causes intervien-

autres ont des santés solides et n'ont aucune affection nerveuse.

Jusqu'à l'âge de seize ans, D... (Albert) eut une santé parfaite.

Il exerçait depuis peu de temps la profession de garçon boucher, lorsqu'en 1878 l'accident, qui a déterminé la formation de son anévrysme, lui est arrivé. En désossant un gigot, le couteau dont il se servait est venu frapper l'aine droite. Une hémorrhagie formidable se produisit aussitôt. Il raconte que le sang jaillit à près d'un mètre de distance. Il eut la présence d'esprit de mettre immédiatement un doigt sur la plaie, et, en la comprimant ainsi, il put faire quelques pas; mais une syncope survint, et il ignore comment on a arrêté l'hémorrhagie.

Transporté à la Charité, le blessé fut soigné dans le service de la Clinique. Il y est resté quatre mois en traitement. Il gardait le repos absolu, la jambe maintenue dans une position très élevée. La plaie fut longue à guérir, et lorsqu'il sortit de l'hôpital son billet portait le diagnostic d'*anévrysme artério-veineux*.

Six semaines après sa sortie, D..., qui n'avait aucun antécédent pouvant se rattacher à l'épilepsie, tombe brusquement en poussant un grand cri. Il se débat, écume, se mord la langue, et, après une courte période de sommeil, se réveille sans avoir connaissance de son attaque, qui lui a été racontée par son entourage.

Ces attaques se sont renouvelées souvent, tous les quinze jours environ. L'hiver dernier, elles ont été un peu moins fréquentes; mais, depuis quelque temps, il n'a pas plus de huit jours de répit, et, dans l'intervalle des attaques, il a des vertiges et des bourdonnements dans l'oreille droite. Il prétend même qu'il entend moins bien de cette oreille.

Le membre blessé n'était pas douloureux, mais il se fatiguait facilement et le rendait inapte à un travail suivi. Indépendamment de ces attaques d'épilepsie, ce qui le tourmentait le plus, c'était le bruit de son anévrysme, qu'il entendait surtout dans la position horizontale et qui l'empêchait de dormir.

Le 23 septembre 1885, D... entre dans le service de M. Polaillon, à la Pitié, bien décidé à subir n'importe quelle intervention chirurgicale, pourvu qu'elle le délivre d'une maladie qui lui rend la vie insupportable.

Nous constatons, à un travers de doigt du pli de l'aine, sur le trajet des vaisseaux cruraux, la présence d'une cicatrice linéaire, presque parallèle à l'arcade de Fallope. A ce niveau, la peau est soulevée par des battements visibles aux yeux. Au toucher, nous avons la sensation d'un thrill intense, continu, avec renforcement pendant la diastole artérielle. Avec le stéthoscope, on entend un bruit de rouet ou de moulin, qui a une intensité extrême. On peut percevoir ce bruit à une grande distance de la lésion, en auscultant l'abdomen et en auscultant la jambe le long de la face interne du tibia. Mais, dans ces points extrêmes, le bruit perd son caractère continu; on n'entend plus qu'un souffle correspondant au renforcement diastolique.

La compression sur le trajet de l'artère, au-dessous de la lésion, augmente les battements et le thrill; au-dessus, elle les supprime. Il en est de même, si l'on comprime sur le trajet de la veine; mais, dans ce dernier cas, on perçoit encore un frémissement intermittent qui paraît siéger dans l'artère.

Les veines de la cuisse et de la jambe sont dilatées et flexueuses. La température du membre malade est très sensiblement augmentée. La peau qui le recouvre, présente une coloration plus rosée. Son volume s'est notablement accru: mesurée à la racine de la cuisse, la circonférence du membre droit est de 53 centimètres, celle du membre gauche est de 52 centimètres. A la hauteur du mollet, la circonférence est, à droite, de 38 centimètres; à gauche, de 34 centimètres. Au genou, les deux jambes étendues ont: à droite, 35 centimètres, à gauche, 33 centimètres. Les deux membres ont la même longueur.

En palpant la fosse iliaque, on sent, au-dessus de l'arcade de Fallope, les vaisseaux iliaques qui battent fortement. On se rend compte par-là de la dilatation considérable que les vaisseaux iliaques ont éprouvée.

L'exploration des vaisseaux au-dessous de la communication artério-veineuse permet de constater que le pouls, dans la tibiale postérieure, par exemple, est plus affaibli et retardé.

Le cœur offre une hypertrophie considérable; sa pointe vient battre dans le septième espace intercostal, entre la ligne axillaire et la ligne mamelonnaire. Par la palpation, on sent un choc d'une violence exagérée. L'auscultation fait entendre un souffle mitral très net, avec dédoublement du second bruit, et un souffle indépendant à l'orifice tricuspide, plus intense parfois que le souffle mitral.

Les poumons sont parfaitement sains. Le foie déborde légèrement les fausses côtes. La rate n'est pas appréciable. Le malade n'a jamais eu d'œdème, jamais de dyspnée.

Après une longue période d'observation, M. Polaillon diagnostique un *anévrysme artério-veineux*, avec dilatation des veines ou varices anévrysmales sans sac intermédiaire ou surajouté à la veine ou à l'artère.

Le 8 octobre, M. Polaillon applique un appareil compresseur sur l'anévrysme. Pour cela, il se sert d'une petite pelote allongée placée sur la communication entre la veine et l'artère, et maintenue en place par la tige d'un compresseur de Nélaton. Il faut une pression considérable pour faire disparaître le thrill et le bruit de

---

nent, non pour excuser, mais pour expliquer les compromis d'abord, puis la chute morale: l'isolement et la misère.

De ces deux facteurs, l'un précède souvent l'autre: j'ai nommé l'isolement. C'est donc le premier qu'il s'agit de combattre et nous avons en nos mains une arme puissante: l'Association.

Le Congrès de 1845, auquel on remonte toujours quand il s'agit de nos intérêts personnels, l'avait compris ainsi. A côté de la neuvième commission, dont Cerise était le rapporteur et dont vous connaissez les conclusions relatives à l'institution des conseils de discipline, il y en avait une autre, la douzième, chargée d'étudier la question des Associations. Sur le rapport de Camille Bernard, et après une discussion à laquelle prirent part Tardieu, Malgaigne, Buignet, Clausade et Rigal, la commission vota les conclusions suivantes:

« Le Congrès médical émet le vœu que des Associations médicales libres soient formées dans toute la France, dans la certitude qu'il a que ces associations seront des plus utiles, tant sous le rapport de la dignité que sous celui des intérêts professionnels, en même temps qu'elles permettront au corps médical d'étudier d'une manière encore plus approfondie les documents relatifs à l'organisation définitive de l'exercice de la médecine en France.

« Ces associations libres seront reliées entre elles et auront un centre séant à Paris. »

Si la réalisation d'un programme est propre à en démontrer l'heureuse conception et l'utilité pratique, je vous ferai remarquer qu'en ce moment encore nous discutons, pour le combattre, celui de la neuvième commission, tandis que nous sommes au vingt-septième anniversaire de l'Association fondée d'après le programme de la douzième. A ce point de vue donc le principe d'Associations libres l'emporte sur celui d'un Ordre des médecins.

Et quand je parle ici d'Associations, je n'entends nullement les limiter à celles qui sont affiliées à l'Association générale; je donne à ce mot l'extension la plus large, et comprends au même titre les Associations scientifiques et les Associations professionnelles, quel que soit le nom des unes ou des autres, Sociétés médicales, Syndicats médicaux, Caisse des pensions de retraite du corps médical, Sociétés de déontologie, etc. Toutes ces Associations, en définitive, émanent du même principe; par leur multiplication et leur extension, elles tendent à diminuer de plus en plus le nombre des isolés; par leur soin jaloux à n'admettre dans leur sein et à ne con-

souffle. Le malade ne peut supporter cette compression plus d'une heure.

Plusieurs applications successives de cet appareil compresseur furent faites, sans modifier les signes physiques de la lésion. Cependant, le malade signalait un bien-être relatif après chaque séance. Il n'avait plus de vertiges et les attaques d'épilepsie s'éloignaient.

Le 15 octobre, M. Polaillon fait une première séance d'électro-puncture, avec l'appareil de Gaiffe, dans le but de produire, dans l'artère, un caillot qui boucbera la communication artério-veineuse. Le compresseur est placé au dessous de l'anévrysme, pour intercepter le cours du sang dans l'artère et dans la veine, et, pour empêcher le transport d'un caillot par le courant veineux. Trois aiguilles sont enfoncées sur le point où la presion du doigt fait cesser le thrill et le bruit de souffle. Ce point correspond à peu près à la cicatrice. On fait ensuite passer le courant pendant 10 minutes par chaque aiguille. Le patient éprouve de vives douleurs pendant cette opération. Il est même pris d'une petite attaque convulsive qui dérange la compression.

Après la séance, on laisse le compresseur en place pendant plusieurs heures, et le malade garde un repos absolu pendant trois jours.

Les signes physiques de l'anévrysme ne furent en rien modifiés par cette première séance d'électro-puncture; mais, pendant une période de quelques jours, le malade n'eut ni attaques, ni vertiges, et se trouva sensiblement mieux.

Une deuxième séance d'électro-puncture fut résolue et fixée au mardi 3 novembre. L'application des aiguilles eut lieu comme la première fois; mais, pendant l'opération, la compression de l'artère au-dessus de l'anévrysme fut faite très complètement avec les doigts; le compresseur ne fut appliqué qu'après la séance. Celle-ci fut aussi douloureuse que la première; d'ailleurs elle ne fut marquée par aucun incident notable.

Le soir du 3 novembre, le malade allait bien. On constata une diminution très sensible du thrill En même temps, le pouls avait disparu dans la tibial postérieure. La cuisse et la jambe étaient moins chaudes, en ce sens qu'il n'y avait plus de différence de température avec le membre du côté opposé. Les veines étaient très gonflées, surtout la saphène interne et ses branches afférentes.

Le 4 novembre, le malade se plaint d'un malaise général et d'un mal à la gorge, qui sont dus à un refroidissement. M. Polaillon fait néanmoins appliquer une vessie de glace sur l'anévrysme.

Le 5 novembre, température 39°,3. Faciès très altéré, teinte subictérique; dyspnée. Le malade n'a pas eu de frisson. On lui donne 0,50 centigr. de sulfate de quinine.

Le soir, on perçoit à l'auscultation des foyers de râles crépitants disséminés dans les poumons. Submatité peu marquée de la base gauche.

Les battements du cœur sont tumultueux et les souffles moins perceptibles.

Le 6 novembre, la température se maintient à 39°,3. Le malade est anhélant, pâle, avec une teinte légèrement sub-ictérique. A l'auscultation du cœur, on perçoit un bruit de souffle rude, râpeux, systolique, et légèrement présystolique, ayant deux maxima, l'un au niveau de l'appendice xyphoïde, l'autre au niveau de la troisième côte et du sternum. Les caractères de ce bruit font hésiter entre un souffle rude et un frottement péricardique.

Dans le poumon, matité étendue à la base droite; râles crépitants et souffles; submatité légère à gauche; foyers de râles disséminés. La rate offre une matité de 15 centimètres de hauteur. La percussion du foie montre que cet organe déborde sensiblement les fausses côtes.

Urines briquetées. Réaction de l'hémaphéisme. Pas d'albumine.

Une goutte de sang est examinée au microscope par le docteur Netter, chef de clinique de la Clinique médicale. On y trouve une extrême abondance de globules blancs (14 ou 15 globules blancs volumineux dans le foyer d'un objectif à immersion), beaucoup de globulins, une ou deux plaques grises et un grand nombre de microbes.

Traitement : 1 gramme de sulfate de quinine; potion de Tood. Vessie de glace sur la région de l'aine.

Le 6 novembre, soir, anhélation très intense. La face est couverte de sueur. Les bruits du cœur sont très sourds. Le pouls est faible et fréquent.

Le 7 novembre, épanchement péricardique abondant. On perçoit à peine les souffles du premier bruit; dédoublement du second bruit. La matité du foie a augmenté sensiblement; la matité de la rate a peut-être un peu diminué d'étendue. Pas d'albumine dans les urines.

Anhélation toujours très intense; mais on n'ausculte pas le malade, à cause de sa grande faiblesse.

Température, matin, 39°; soir, 38°,2

Traitement : Vésicatoire sur la région précordiale, sulfate de quinine : 1 gramme. Tood et vin de quinquina.

Le 8 novembre, l'anhélation est moindre; la matité du foie et de la rate ont beaucoup augmenté.

Température, matin, 38°,2.

Même traitement.

(A suivre.

---

server parmi leurs membres que des médecins honorables, elles contribuent également à la moralisation de la profession. Permettez-moi, messieurs, d'insister sur ce point, mis en doute par quelques-uns, et de montrer comment il peut être atteint.

Nous avons vu l'Ordre des médecins prendre le jeune docteur au lendemain de l'obtention de son diplôme, l'inscrire d'office sur la liste d'une Chambre médicale, et, pour lui inspirer des idées saines et morales, mettre sous ses yeux le code disciplinaire, dans lequel on puisera tel châtiment qui lui sera appliqué, s'il vient à faillir.

L'Association procède autrement. A peine le jeune homme a-t-il pris sa première inscription, qu'elle lui ouvre les portes de l'Association générale des étudiants, où il fait l'apprentissage des droits et des devoirs, des charges et des avantages que crée l'assistance mutuelle. Pendant ce temps, différentes Sociétés scientifiques l'admettent dans leur sein, et l'Association générale se préoccupe déjà de son avenir. Elle émet des vœux pour que, par un enseignement spécial, le jeune praticien, au sortir de l'Ecole, connaisse ses droits et ses devoirs professionnels; à défaut de cet enseignement, elle prend elle-même, par l'organe de la Société de la Gironde, l'initiative d'élaborer un code de déontologie médicale.

Le jeune docteur tient son diplôme; parfois une clientèle l'attend; il n'a qu'à se rendre à ce poste tout désigné d'avance. Souvent il ne sait où aller planter sa tente et, entre des offres plus ou moins brillantes en apparence, plus ou moins décevantes en réalité, son choix hésite. L'Association vient à son aide et lui fournit sur tel poste, sur telle situation, des renseignements impartiaux et exacts. Si, une fois sa décision prise, il échoue dans un premier essai, l'Association lui fournit les moyens d'en tenter un second avec plus de succès. Entre temps, d'autres Sociétés ou Associations ouvrent leur porte au jeune praticien; ici, c'est une Société scientifique à laquelle il apporte son contingent d'observations cliniques; là, c'est un Syndicat auquel il confie la défense de ses droits, s'ils viennent à être méconnus; ailleurs, c'est une Association qui, en lui imposant des économies, lui assure une retraite honorable pour ses vieux jours. Et partout et toujours, dans ces réunions, accueilli avec bienveillance, entouré de sympathies, le jeune praticien, même privé de famille, n'est pas seul, isolé, il se sent, au contraire, appuyé, soutenu, fort des amitiés qu'il a conçues et qu'il a su inspirer. Vienne alors l'heure des épreuves, des luttes intérieures, des dé-

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE LA MALADIE DE BRIGHT CHEZ LES HERPÉTIQUES. — ÉTIOLOGIE, — PATHOGÉNIE, par le docteur SÉJOURNET (de Revin), lauréat de l'Académie de médecine.

Suite et fin. — Voir les numéros 17, 18, 19, 21 et 22.

Résumons-nous : tous nos albuminuriques sont des herpétiques. Comme nous n'avons pas trouvé, dans la plupart des cas, de cause pouvant expliquer l'origine de la maladie de Bright, nous devons en conclure qu'il y a entre celle-ci et l'herpétisme une relation de cause à effet. Mais comment expliquer cette relation ? C'est ce que nous allons entreprendre dans la suite de ce travail, en étudiant la pathogénie de l'albuminurie et de la néphrite chronique chez les herpétiques.

Le rein et la peau sont des organes d'excrétion, des émonctoires, dont les fonctions se balancent et tendent à se suppléer. Si la peau ne fonctionne pas, ou peu, le rein est appelé à un surcroît de travail ; il est surchargé. M.M. Duval (1) rapportant les expériences de Lang (de Gœttingen) sur la suppression de la sécrétion excrémentitielle de la peau, dit : « Il « paraît démontré que l'excrétion cutanée étant supprimée, les « produits d'élimination tendent à prendre la voie du rein ; cet « organe est, par suite, hyperémié. » Il n'est pas nécessaire que les fonctions cutanées soient absolument abolies pour que les effets de ce balancement soient observés. Ne savons-nous pas que, plus un individu transpire, moins ses urines sont abondantes, et réciproquement ? N'avons-nous pas, tous, observé pareil effet sur nous-mêmes ?

Si nous considérons les modifications imprimées à l'organisme de l'homme par l'influence des climats, ne voyons-nous pas que, dans les climats chauds, il y a diminution de l'excrétion urinaire et augmentation de la sécrétion cutanée ? Dans les climats froids, le contraire existe : la peau se repose, fonctionne moins. Mais le rein travaille énormément ; aussi se congestionne-t-il à la moindre cause, d'où la fréquence des néphrites dans nos pays. Au contraire, dans les régions chandes, la maladie de Bright est raro ; mais le fonctionnement exagéré de la peau, dû à l'action continue de la chaleur, produit facilement des dermatoses, telles que : *lichen tropicus*, lèpre, éléphantiasis. C'est donc l'organe le plus actif, le plus surchargé, le plus fatigué, qui est le premier menacé de désordre fonctionnel ou de lésion matérielle.

D'une façon générale, dans nos pays froids, si la peau fonctionne moins, le rein est exposé à une suractivité de travail ; d'où imminence de congestions et de processus inflammatoires.

Telle doit être la pathogénie de la néphrite *a frigore*, de la néphrite, par suite de voisinage ou de suppression du fonctionnement cutané ; mais nous n'avons en vue, dans cette étude, que la pathogénie de la maladie de Bright chez les herpétiques, et si nous avons parlé de la suppléance fonctionnelle de la peau et des reins, c'est pour en conclure qu'il doit y avoir, entre ces organes similaires, au point de vue pathologique, une sorte de balancement analogue au balancement physiologique (1).

Est-ce à dire que chez l'herpétique la peau étant souvent malade, fonctionnant moins par suite du travail pathologique dont elle souffre, se décharge de ses fonctions sur le filtre rénal et, par suite, l'expose aux conséquences de ce surcroît d'activité ?

Est-ce à dire encore que la maladie de Bright succède toujours, par répercussion, à une lésion cutanée ? Non ; nous attribuons la maladie rénale à une influence plus générale, et nous pensons que chez un diathésique le rein peut, au même titre que la peau, souffrir dans ses fonctions ou s'altérer dans sa structure. Ces organes, en effet, dont les fonctions se ressemblent et se suppléent, ne peuvent-ils suhir la même influence ayant son point de départ dans une maladie constitutionnelle, une diathèse comme l'herpétisme, qui tantôt provoque des désordres vaso-moteurs, tantôt s'attaque aux téguments et aux tissus peu vasculaires, tels que poils, ongles, cartilages, aponévroses, endartère ? Les tissue épithéliaux et épidermiques du filtre rénal, de la peau, les glandes sudori-

(1) Cours de physiologie.

(1) Ce qui ne peut être douteux : nous avons soigné un albuminurique qui, dix-huit mois après le début d'une néphrite *a frigore*, fut pris de variole, et dont la maladie primitive fut influencée de la façon la plus favorable par l'éruption cutanée.

---

couragements, des tentations, notre jeune confrère saura y résister par la crainte seule de perdre l'estime, la considération, l'amitié de ses pairs. Voilà, messieurs, une crainte autrement honorable, moralisatrice et féconde que la crainte du châtiment qui forme la base de l'Ordre des médecins.

Associons-nous donc pour poursuivre en commun des recherches scientifiques et enrichir la pratique de conquêtes nouvelles ;

Associons-nous pour prévoir les jours d'épreuve et assurer à notre vieillesse la tranquillité des derniers jours ;

Associons-nous pour faire respecter nos droits et défendre nos intérêts menacés ;

Mais n'oublions pas qu'à côté et au-dessus des intérêts scientifiques et matériels se placent les intérêts moraux, et sachons sauvegarder ceux-ci en faisant de l'honorabilité et de la dignité professionnelles la première condition pour entrer et rester dans toutes nos Sociétés, dans toutes nos Associations ;

Faisons d'ailleurs la propagande la plus active pour l'extension de l'Association sous toutes ses formes ; peu à peu le nombre des indifférents diminuera, et le jour où il sera établi que le titre de membre de telle Société, de telle Association, est un brevet d'honorabilité, il ne restera plus, en fait d'isolés, que les indignes. La scission entre eux et nous se sera faite ainsi sans lutte, sans conflit, sans intervention d'un code quelconque, par une sorte de sélection toute naturelle.

Conclusions. — Messieurs, comme conclusions de ce rapport, beaucoup trop long sans doute, j'ai l'honneur de soumettre au vote de l'Assemblée, au nom de la Commission et du Conseil général, les deux propositions suivantes :

1° Il n'y a pas lieu de créer un Ordre des Médecins.

2° L'application du principe d'Association bien compris et soutenu par une active propagande suffit, avec la loi sur l'exercice de la médecine dont le Parlement est actuellement saisi, pour élever le niveau moral et défendre tous les intérêts de la profession.

CONSEIL ACADÉMIQUE DE MONTPELLIER. — A la suite du scrutin qui a eu lieu, le samedi 8 mai 1886, pour l'élection d'un délégué de la Faculté de médecine, en remplacement de M. Moitessier, M. Estor, professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à ladite Faculté, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du Conseil académique de Montpellier.

pares et les tubes contournés (*tubuli contorti*) remplissant des fonctions similaires ne sont-ile pas susceptibles des mêmes altérations ou des mêmes désordres, surtout chez un individu exposé, par état constitutionnel, à des troubles vaso-moteurs et trophiques très variés ?

En effet, si nous voyons des herpétiques sujets à une grande exagération des fonctions cutanées, à de l'hyperémie sudorale, ne savons-nous pas que d'autres herpétiques ont présenté de la polyurie simple? (Lancereaux) exagération du travail sécrétoire d'un côté comme de l'autre, troubles vaso-moteurs dans les deux cas.

Le malade dont parle M. Lancereaux avait aussi de l'albuminurie : un simple désordre vaso-moteur serait-il donc capable de laisser filtrer l'albumine? C'est possible, et il n'est pas dit en effet qu'il doive toujours exister une lésion rénale pour expliquer l'albuminurie. La congestion seule peut suffire. M. Bouchard (1) n'a-t-il pas en effet constaté de l'hyperémie simple du filtre rénal chez les animaux rendus albuminuriques par des injections de chloroforme?

N'y avait-il que une congestion rénale dans notre observation XI? Il est permis de le supposer, car l'état de notre malade ne tarda pas à s'améliorer. Nous avons fait remarquer, à la suite de cette observation, que des sueurs abondantes avaient coïncidé avec la disparition de l'albumine et de l'œdème des extrémités; c'est donc qu'un désordre fonctionnel en a remplacé un autre et que l'hypercrinie cutanée d'origine vaso-motrice s'est substituée au trouble vaso-moteur qui permettait le passage de l'albumine à travers le filtre rénal. Cet organe était sans doute hyperémié, congestionné, par suite du désordre vasculaire dont nous avons parlé, et l'albuminurie était la conséquence de ce trouble dynamique.

Quant à la disparition de l'œdème, elle peut s'expliquer par la déviation qu'entretenait l'hypersécrétion sudorale. Nous pouvons donc considérer ces phénomènes comme un effet de balancement pathologique dont nous avons parlé; mais la succession de pareils faits n'est pas toujours aussi évidente et si nous avons pu faire remarquer, dans notre observation I, que la néphrite succédait à une lésion de la peau, nous n'avons pas eu lieu de relever la même succession de phénomènes dans nos observations suivantes; aussi ne voulons-nous pas dire qu'il y a toujours entre le rein et la peau une suppléance pathologique immédiate; mais nous prétendons que chez les herpétiques il peut se faire, avec ou sans cause déterminante, une poussée congestive ou inflammatoire du côté des reins, aussi bien que des poussées du même genre du côté de la peau, que chez ces diathésiques; les lésions organiques du rein sont possibles, aussi bien que les lésions cutanées. Et cela parce que la diathèse herpétique occasionne facilement des désordres vaso-moteurs dans nos organes et des troubles trophiques dans nos tissus les moins résistants et les moins vasculaires : l'épithélium rénal, comme l'endartère, comme l'épiderme, l'épithélium rénal préférablement peut-être, parce qu'il entre dans la constitution d'un organe dont les fonctions balancent celles de la peau, cet autre organe si souvent touché et altéré par l'herpétisme.

Si, comme nous l'avons remarqué, une sudation active peut, par une dérivation, décongestionner le rein et améliorer l'albuminurie, il n'est pas étonnant que les auteurs aient recommandé d'exciter, de frictionner la peau, afin de combattre la maladie rénale. Semmola, en particulier, recommande cette pratique, parce qu'il considère la maladie de Bright comme conséecutive à la diminution progressive des fonctions cutanées. Ce défaut de fonctionnement serait, pour Semmola, l'origine d'une dystrophie des albuminoïdes du sang qui, devenus plus diffusibles, filtreraient à travers le rein et produiraient secondairement, dans cet organe, les lésions de la maladie de Bright.

Cette interprétation a certainement du vrai, en ce sens qu'elle admet une relation entre le défaut de fonctionnement de la peau et le désordre des fonctions rénales; c'est l'idée du balancement pathologique dont nous avons parlé. Aussi, comme nous venons de le dire, ce rapport de cause à effet n'est pas toujours facile à saisir, et comme il ne s'appuie pas sur des faits qui soient bien évidents, il devient la base d'une théorie pure dans l'esprit de Semmola.

Si, au contraire, nous faisons intervenir, comme dans nos observations, l'influence d'une maladie constitutionnelle, l'herpétisme, il nous est facile de comprendre que des désordres vaso-moteurs et des troubles trophiques divers peuvent alterner d'un organe à l'autre, poussant du côté des reins ou du côté de la peau, aussi vite, peut-être, du côté des reins que vers tout autre organe dans nos pays froids où les fonctions du filtre rénal sont plus actives. Telle est notre manière de comprendre le balancement pathologique qui, chez les herpétiques, pourrait exister entre la peau et les reins.

Pour M. Semmola et les partisans de la théorie dyscrasique de l'albuminurie, ce phénomène serait primitif et la maladie de Bright ne serait que secondaire; le passage de l'albumine suffirait pour produire les altérations rénales. Si cette conception était la vraie, ce qui est loin d'être démontré, elle nous aiderait à comprendre la pathogénie de la maladie de Bright chez les herpétiques, car il nous serait facile d'attribuer la filtration primitive de l'albumine à des troubles vaso-moteurs et à l'hyperémie de l'organe; les lésions du rein viendraient à la suite. Mais nous n'avons pas besoin de cette interprétation purement imaginaire pour concevoir la pathogénie de la néphrite dans la diathèse herpétique, cette diathèse étant, pour nous, responsable de tous les désordres fonctionnels ou organiques du rein, comme des téguments ou des autres organes : poumons, cœur, utérus, cerveau, etc.

Il est un fait sur lequel nous pensons devoir revenir : c'est la rareté des transpirations chez les albuminuriques. Aucun des malades dont nous avons rapporté l'histoire n'a transpiré facilement, sauf la malade de l'obs. XI, chez laquelle l'abondance des sueurs fut si salutaire. Cet arrêt du fonctionnement cutané que Semmola considère comme primitif et cause de tout le mal, nous paraît être plutôt secondaire.

Pourquoi, en effet, la peau cesserait-elle progressivement ses fonctions? Pourquoi ce trouble dynamique serait-il primitif? Chez les individus refroidis brusquement, chez les animaux soumis au vernissage, chez les herpétiques arrivés à la période cachectique ou viscérale dont parle M. Guibout, cela se comprendrait, les fonctions de la peau étant plus ou moins abolies. Mais, en dehors de ces conditions, si l'enveloppe cutanée fonctionne moins, c'est par suite de la suractivité du travail du filtre rénal; c'est parce que, chez les herpétiques en particulier, les désordres vaso-moteurs et trophiques ont leur siège dans l'organe urinaire, laissant au repos le tégument cutané. Aussi, pour nous, la diminution des fonctions de la peau doit-elle être considérée comme secondaire.

(1) Communication à l'Académie de médecine, 12 février 1884.

Dans ce travail, nous n'avons eu vue la pathogénie de la néphrite chronique que chez les herpétiques, car nous n'avons pas la prétention d'attribuer à l'herpétisme tous les cas d'albuminurie. Nous n'avons rapporté, dans nos observations, que ceux dont l'origine n'est pas explicable autrement. Nous possédons, en effet, d'autres observations de maladie de Bright, qui rentrent dans la catégorie des néphrites *a frigore*, des néphrites consécutives aux cardiopathies, des albuminuries gravidiques ou d'origine infectieuse : celles-là ont une origine et une pathogénie dont la connaissance est classique. Notre travail n'a rien à voir dans le mécanisme de leur production.

CONCLUSIONS :

I. L'herpétisme peut être défini, de façon à éviter toute confusion avec une autre diathèse, comme la diathèse arthritique.

II. Nos malades atteints de néphrite chronique étaient des herpétiques, et, chez eux, aucune cause ne pouvait expliquer l'étiologie de l'albuminurie.

Pour nous, cette cause, déterminante dans quelques cas, à la fois prédisposante et occasionnelle, le plus généralement, réside dans l'herpétisme.

III. Par l'influence de cette maladie constitutionnelle, nous pensons avoir trouvé la clef de bien des inconnues, non seulement dans la pathogénie, mais aussi dans la symptomatologie de la maladie de Bright.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

LA COCAÏNOMANIE, par le docteur A. ERLENMEYER (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1886, n° 44, p. 483).

Peu de médicaments ont conquis une vogue aussi rapide, et, on peut le dire sans crainte d'être contredit, aussi justifiée, comme la cocaïne. En tant qu'anesthésique local, le nouvel agent thérapeutique a fait et fait encore merveille, et quand il est manié avec prudence, son emploi n'entraîne qu'exceptionnellement des dangers sérieux, qu'on trouve d'ailleurs à combattre par des moyens appropriés (1).

Mais la cocaïne n'est pas seulement employée comme agent d'anesthésie locale ; elle possède au plus haut degré les propriétés toniques et stimulantes de la plante dont elle est tirée. C'est une notion devenue banale, que le coca, comme le café, le thé, etc., rentre dans la catégorie des agents dits d'épargne, doués de la propriété d'enrayer la dénutrition des tissus. C'est à la cocaïne que le coca est en majeure partie, sinon en totalité, redevable de cette propriété dont les Indiens de l'Amérique du Sud savent tirer un parti si utile pour résister aux fatigues des longues marches. Il semblait avéré, d'autre part, que l'action stimulante de la cocaïne s'exerce beaucoup plus sur le fonctionnement physique de l'appareil de la vie de relation que sur l'activité psychique, qu'il en résultait un surcroît d'activité de la part des organes de la motilité, sans participation des appareils sensoriaux ; qu'en un mot la cocaïne agit à l'inverse des poisons dont le type est la morphine.

On s'expliquait ainsi que l'accoutumance aux effets de la cocaïne fut très lente à se produire, et on se félicitait de n'avoir point à redouter de l'usage prolongé de cet alcaloïde les suites redoutables qu'entraîne forcément l'abus invétéré de la morphine, du chloral et autres substances similaires. L'illusion n'aura pas été de longue durée.

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1886, n° 17, p. 199.

Un article publié il y a quelques jours par M. Erlenmeyer nous apporte la preuve que, depuis si peu que dure la vogue de la cocaïne, il se rencontre déjà des gens adonnés avec passion à l'usage de cette substance, comme d'autres sont en proie à la morphinomanie, au chloralisme. En l'espace de deux ans et demi, M. Erlenmeyer n'a pas observé moins de 13 cas de *cocaïnomanie*, et tandis que d'autres avaient entrevu dans la cocaïne un antagoniste de la morphine et l'avaient utilisé comme tel, dans le traitement de la morphinomanie, M. Erlenmeyer compare celle-ci à la cocaïnomanie et fait ressortir la grande analogie qui existe entre ces deux genres d'empoisonnement chronique aboutissant à une sorte de folie. Voici en substance les détails contenus dans la note en question :

Les 13 malades sur lesquels ont porté les observations d'Erlenmeyer se décomposent ainsi : 5 médecins, 2 femmes de médecins, 3 officiers, 1 littérateur, 1 propriétaire, 1 employé. Les uns faisaient abus de la cocaïne seulement, les autres abusaient à la fois de la morphine et de la cocaïne. Tous avaient été entraînés à la cocaïnomanie, avec l'espoir de se guérir de la morphinomanie, soit de leur propre initiative, soit sur les conseils d'un médecin. Or il est arrivé dans la plupart des cas que, sans pouvoir se défaire de leur passion pour la morphine, les malades contractaient peu à peu l'habitude des injections de cocaïne. Quand par hasard ils réussissent à secouer le joug de la morphine, ils ne font que substituer un mal à un autre : le besoin de recourir à l'action stimulante de la cocaïne est d'autant plus violent. Cette action se traduit par un état de bien-être et de vigueur corporelle, toujours de très courte durée, mais qu'on peut faire revivre à volonté en injectant de nouvelles doses de cocaïne et en augmentant progressivement la valeur des doses injectées. A un moment, le malade voudrait se soustraire à ce besoin impérieux d'une stimulation artificielle, qu'il ne le peut plus. Sevré momentanément de cocaïne, il est comme anéanti, dans l'impossibilité de se livrer à un travail quelconque. Chez les personnes adonnées à la fois à la morphinomanie et à la cocaïnomanie, cette dernière est devenue prédominante au point que lorsqu'on a réussi à les arracher pour un temps à leur funeste passion, en cas de récidive, ce qui est habituel, c'est à la cocaïne qu'ils s'abandonnent d'abord. Plus tard, quand l'abus de ce poison ne produit plus la stimulation passagère désirée, les malades associent de nouveau aux injections de cocaïne les injections de morphine, au besoin le chloral et l'opium à l'intérieur. Erlenmeyer a vu des malades absorber jusqu'à deux grammes de morphine et trois grammes de cocaïne dans les vingt-quatre heures, plus quelques grammes de chloral pris à l'entrée de la nuit.

Les suites de l'usage immodéré de la cocaïne consistent en phénomènes de paralysie vasculaire : accélération du pouls, sueurs profuses, troubles du rhythme respiratoire, syncope. La paralysie vasculaire prédispose les cocaïnomanes à toutes sortes d'accidents. M. Erlenmeyer signale en particulier les dangers qu'on fait courir à ces malades quand on les soumet à l'anesthésie par le chloroforme. L'amaigrissement, conséquence habituelle de la morphinomanie, fait des progrès sous l'influence des abus de cocaïne. En l'espace de quelques semaines, le poids corporel subit une diminution de 20 à 30

pour 100, malgré que les malades continuent de se nourrir convenablement, et, sans qu'ils présentent des signes de troubles gastriques; le teint devient cadavérique, les yeux s'excavent, les chairs deviennent flasques. Un des malades soignés par Erlenmeyer avait été frappé d'impotence génitale peu de temps après s'être abandonoé à l'abus des injections sous-cutanées de cocaïne. L'insomnie est de règle chez les cocaïnomanes; elle les pousse à se livrer de nouveau aux abns de la morphine, lorsqu'ils s'y étaient soustraits pour uu temps. Enfin, à une période plus avancée, éclatent des désordres psychiques sous la forme du délire des persécutions; troie des malades d'Erlenmeyer ont dû être internés dans des asiles d'aliénés. A un moindre degré, les désordres psychiques qui surviennent dans le cours de la cocaïnomanie se réduieent à des hallucinations de la vue, à une grande dépression intellectuelle, à la perte de de la mémoire. Enfin une autre manifestation saillante de la cocaïnomanie consiste dans une prolixité insolite, qui éclate dane les paroles comme dans les écrits, qui pousse les malades à écrire des lettres d'une longueur tout à fait démesurée. Quand cette prolixité s'associe à l'affaiblissement de la mémoire, les relations avec les malades deviennent insupportables. A titre d'exemple, Erlenmeyer cite le cas d'un confrère qui écrivait à ces clients des lettres de plusieurs pages pour justifier les honoraires réclamés, en faisant intervenir des explications tout à fait hors de propos.

M. Erlenmeyer n'ayant eu jusqu'ici à traiter que des cocaïnomanes qui étaient en même temps des morphinomanes, il est difficile de décider quelle part revient à chacun de ces deux empoisonnements dans le développement des désordres qui éclatent pendant la période de sevrage : palpitations, faiblesse des contractions cardiaques, dyspnée, syncope. Certainement la syncope est imputable à la brusque suppression de la cocaïne, car elle se produit alors que les malades continuent d'absorber les mêmes doses de morphine qu'avant. Une autre manifestation imputable à la suppression de la cocaïne consiste dans une sorte d'anéantissement de la volonté. La démoralisation des malades est d'autant plus navrante qu'elle persiste pendant très longtemps et qu'elle expose à des récidives presque inévitables. Aussi M. Erlenmeyer considère la morphinomanie comme comportant un pronostic beaucoup plus grave, quand elle se complique de la cocaïnomanie. Une guérison dnrable ne peut être obtenue qu'autant qu'on se résigne à faire interner les malades pendant plueieurs mois dans une maison de santé.

E. RICKLIN.

THÈSES D'AGRÉGATION EN MÉDECINE

Concours de 1886

DES CRISES DANS LES MALADIES, par A. CHAUFFARD, médecin des hôpitaux.

Bien que l'étude des crises ait de nos jours beaucoup perdu de l'importance que la médecine ancienne lui attribuait, on ne peut dire pourtant qu'elle ait cessé de présenter tout intérêt, et c'est pourquoi nous la voyons reparaître de temps à autre, à l'occasion des concours publics, par exemple, comme pour montrer que le moment n'est pas encore venu d'abandonner définitivement une doctrine consacrée par les livres hippocratiques et qui a tenu une place énorme dans l'enseignement de nos devanciers. Du reste, cette étude constitue un sujet particulièrement difficile, car les opinions concernant la nature et le rôle des phénomènes critiques ont subi de nombreuses variations, et on peut dire qu'il n'y a jamais eu d'accord complet sur la signification du mot et eur la valeur de la chose. Mis en possesston de cette tâche ardue, M. Chauffard s'en est tiré à son honneur, et on peut dire que son travail aura contribué à faire faire un pas à la question et à éclairer dans une certaine mesure ce phénomène des crises, tout en le ramenant à son eens véritable et aux limites plus modestes que les découvertes modernes et les nouvelles conceptions de la pathologie permettent de lui assiguer désormais.

Le premier chapitre devait naturellement avoir pour objet l'exposé et la critique des opinions anciennes concernant le rôle des crises dans les maladies, opinions dont nons avons signalé plus haut l'extrême diversité et les fluctuations successives. M. Chauffard n'a pas de peine à montrer combien certaines d'entre elles étaient peu fondées et comment la doctrine des jours critiques, si longtemps maintenue par l'école hippocratique, a cessé d'être soutenable à notre époque. A l'appui de cette affirmation, il fait voir que, dans la plupart des maladies, et surtout dans les maladies fébriles, il existe des variations de durée et d'évolution telles, que la même espèce morbide peut, suivant les cas, prendre des formes prolongées ou abortives; variations inconciliables avec l'hypothèse d'nn mouvement de la nature qui devrait se manifester avec la même constance et le même appareil symptomatique. Cependant pareille condamnation ne vise que la doctrine des jours critiques; elle doit épargner la doctrine des crises elles-mêmes qui n'a pas cessée d'être vraie et féconde. Cette manière de voir trouvera du reste un appui dans les considérations qui font l'objet des autres chapitres et notamment dans le deuxième, qui est consacré à l'examen des maladies dans lesquelles on peut observer le phénomène de la crise.

Ces maladies sont nombreuses, mais, pour en faire l'exposé avec ordre, M. Chauffard croit devoir rappeler d'abord les quatre procédés d'après lesquels, suivant l'école moderne, la maladie peut s'installer au sein de l'organisme :

Infection, troubles continus de la nutrition;

Réactions nerveuses, dystrophies élémentaires primitives.

La première catégorie seule présente de l'intérêt au point de vue de l'étude des crises : car il suffira de rappeler qu'elle renferme la pneumonie, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, le choléra, l'érysipèle, toutes maladies dont l'origine infectieuse ne fait plus guère doute pour la majorité des pathologistes d'aujourd'hui. Remarquons, du reste, que ce sont celles-là qui ont fourni le plus large contingent à la doctrine ancienne et dans lesquelles les phénomènes critiques apparaissent avec le plus de netteté. Toujours est-il que la marche cyclique qui les caractérise, que leur évolution en quelque sorte réglée d'avance, avec détente plus ou moins brusque, paraissent à M. Chauffard des caractères qui permettent d'affirmer leur nature critique et qui justifient de la sorte les arguments que les anciens en avaient tiré et dont la thérapeutique s'est servi à son tour comme d'un guide pour l'intervention médicale.

Les maladies du deuxième groupe, parmi lesquelles le rhumatisme et la goutte, ne présentent guère dans leur marche de phénomènes qui ressemblent à des crises proprement dites.

Faisons exception toutefois pour la goutte, dans laquelle l'apparition de l'accès de goutte franche, aboutissant habituel d'une période longuement préparée, avec le sentiment de détente brusque et de soulagement qui lui succède, semblent constituer des faits d'ordre critique dans toute l'acception du mot. Rien de semblable, en revanche, si l'on consulte les affections du troisième groupe (hystérie, épilepsie). M. Chauffard montre que dans ces affections il n'y a des crises que l'apparence, remarque qui peut s'appliquer encore à toutes celles qui sont du ressort de la pathologie mentale. Cette discussion se produit à propos des dystrophies élémentaires, fièvre jaune, ictère grave ; on retrouve bien ici quelques indices d'un travail réellement critique, mais bien plus que pour les maladies infectieuses, la matière reste sujet à controverse.

Les données que pouvait fournir cette revue des maladies et du rôle des crises dans chacune d'elles, devaient amener l'auteur à chercher les conclusions qui s'en dégagent, au point de vue de la pathogénie et de la physiologie pathologique des crises et des syndromes cliniques. Il en a profité habilement, à notre sens, pour chercher à rajeunir la doctrine en faisant intervenir les acquisitions nouvelles de la science, et particulièrement les découvertes de la bactériologie. Ainsi, pour les maladies infectieuses aiguës, dont la cause première réside vraisemblablement dans l'introduction, au sein de l'organisme, d'un élément contagieux venu du dehors, M. Chauffard est porté à croire et il émet l'hypothèse fondée que la crise n'est autre qu'une serie de phénomènes en rapport avec l'élimination brusque du parasite à travers les voies d'excrétion dont dispose l'économie. L'avenir prononcera sur le bien fondé de cette nouvelle conception ; toujours est-il qu'elle paraît devoir être féconde en résultats thérapeutiques, ainsi qu'il ressort de la lecture du dernier chapitre, où M. Chauffard examine les diverses médications qui ont été inspirées par la doctrine des crises. La plus rationnelle de ces méthodes est celle qui repose sur l'expectation pure ; mais on peut se demander si le procédé de l'observation sage et prudente suffit et s'il n'y aurait pas lieu « d'oser une intervention plus active, de réclamer une participation directe dans ce travail intime qui précède ou qui prépare, qui accompagne ou qui accomplit la crise ». C'est dans cet ordre d'idées que se placent les tentatives faites récemment dans le but de reproduire artificiellement quelques-uns des phénomènes dits critiques (sudation, pilocarpine, jaborandi), ou celles plus hardies encore qui, s'inspirant de la méthode abortive, cherchent à arrêter le processus morbide dans son évolution. L'observation ultérieure prononcera sur la valeur de ces essais, et nous dira ce qu'il y a de légitime dans les espérances de ceux qui, s'appuyant sur les nouvelles découvertes en matières de maladies infectieuses, proposent dès maintenant l'emploi des agents propres à détruire le microbe, comme le moyen le plus rationnel d'arrêter dans son évolution la maladie qu'il engendre.

Dr P. M.

BULLETIN

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE EN CAS DE MALADIE.

Dans le numéro du 1er mai, nous avons examiné un projet de M. Gellet-Lagoguey relatif à la création d'une *Association médicale d'assurance mutuelle en cas de maladie*. Le mot *assurance*, qui figurait ainsi dans le titre primitif de la nouvelle institution, a été supprimé par notre honorable confrère. « L'assurance, nous écrit-il, entraîne en réalité une idée de certitude, et notre projet ne s'appuie que sur un faisceau de probabilités; mais ce faisceau est assez puissant pour nous permettre de fonder une association solide, et le titre, *Association médicale mutuelle* répond très exactement à notre point de départ, à notre but et à nos moyens d'action. »

Voici la lettre que nous a adressée M. Gallet-Lagoguey, et dont la citation précédente est une simple note :

Très honoré confrère,

J'ai lu dans le GAZETTE MÉDICALE votre exposé si net et votre appréciation si impartiale de notre projet ; je vous remercie de la bienveillance avec laquelle sont formulées vos objections et des vœux que vous faites pour le succès d'une œuvre dont le seul but, en effet, est de concourir au bien-être de la famille médicale.

Pour éviter toute désillusion, nous avons pensé qu'avant d'être mis en pratique ce projet devait être soumis à la discussion publique. Bien décidés à tenir compte de toutes les observations qui peuvent nous être utiles, nous avons demandé et obtenu le concours de la presse médicale, la seule à laquelle nous aurons recours, nos misères ne devant pas être mises à nu devant les étrangers à la profession.

Bien que les témoignages de sympathie ne nous fassent pas défaut et quelle que soit la force que ces encouragements nous apportent, nous n'attachons pas moins de valeur et d'attention à l'opinion de nos contradicteurs. Nous appelons les réflexions de tous sur cette question d'intérêt général, et la faveur avec laquelle vous accueillez notre tentative nous autorise à vous adresser quelques explications complémentaires.

Disons d'abord nettement que nous tenons en haute estime les deux grandes Associations médicales françaises auxquelles nous sommes loin de faire concurrence, mais que nous essayons modestement de compléter. Nous rendons pleine justice à leurs illustres fondateurs et aux idées généreuses qui ont présidé à leur création. J'ai fait partie de la commission générale de l'Association des médecins de la Seine dont je suis et resterai membre ; si nos efforts restent stériles, c'est à son profit que seront versés les fonds disponibles de notre Comité : c'est par là avouer, je pense, que pour nous son utilité est incontestable et incontestée. Nous professons le même respect pour l'Asociation générale.

Ce sont deux grandes œuvres de bienfaisance qui font un noble et généreux emploi des intérêts des capitaux considérables immobilisés par elles. Ce sont des œuvres de longue portée dont les générations futures bénéficieront encore plus que nos contemporains.

Notre but est sensiblement différent ; nous sommes plus égoïstes. Nous ne constituons une réserve que pour faire face à l'imprévu, pour obéir aux lois de la prudence inséparable d'une bonne administration. Si de cruelles nécessités nous obligeaient à entamer cette réserve, nous avons le ferme espoir que des temps meilleurs nous permettraient de la reconstituer. En un mot, nous ne voulons pas thésauriser pour nos successeurs et nous désirons dépenser largement nos ressources entre nos associés.

Nous n'insistons pas sur l'avantage moral que présente *un droit à faire valoir* substitué à la nécessité de *demander un secours*.

En ce qui concerne le nombre des malades chroniques dont l'incertitude est aggravée par l'assimilation de la vieillesse à une infirmité, c'est bien le point faible de l'organisation projetée. Mon expérience acquise des Sociétés de secours mutuels a permis au Comité d'espérer que cette charge ne deviendra pas une cause d'insuccès et que nous serons à même de réaliser toutes nos prévisions. Nous croyons en effet toutes nos évaluations justes, parce que :

1o Nous n'assimilons la vieillesse à une infirmité qu'autant qu'elle entraînera l'*impossibilité absolue* de l'exercice de la profession. Ne voyons-nous pas autour de nous un grand nombre de confrères âgés qui visitent activement leur clientèle, alors même que leur situation de fortune leur permettrait de prendre un repos bien acquis? N'est-il pas reconnu que, pour cesser d'exercer, le médecin doit presque forcément abandonner sa résidence? Comme noblesse, profession médicale oblige.

2o Si la proportion des infirmes et incurables donnée dans le rapport ministériel cité (0,52 p. 100) est trop faible, entre évaluation (1,50 p. 100) est trois fois plus élevée, et, de ce chef, nous croyons rester dans les probabilités autant qu'on peut les calculer dans un problème dont la santé si fragile de l'homme est une des données;

3o Nous pensons aussi qu'il faut tenir plus grand compte de l'expérience faite par la corporation du gaz, non seulement en raison des conditions défavorables dans lesquelles elle a été fondée, mais parce que les blessures y entrent pour une bonne part dans les journées d'incapacité de travail et qu'il ne faut pas négliger le grand rôle qu'y joue l'alcoolisme.

Aussi le nombre de 8,89 journées de maladie par sociétaire obtenu dans le cours du 12e exercice annuel nous semble-t-il suffisant pour nous autoriser à tenter l'épreuve.

Il serait, dites-vous, désirable d'adjoindre à l'Association en cas de maladie une caisse de retraite et une caisse d'assurance sur la vie; une telle Association serait en effet complète, et l'Association amicale des médecins Anglais en a commencé l'essai il y a deux ans. La communication des documents qui la concernent a justifié notre résolution de nous restreindre au paiement d'une indemnité aux malades.

Sous la forme complexe des trois assurances réunies, le paiement des primes afférentes à chaque forme oblige à des sacrifices pécuniaires qu'un petit nombre de médecins pourraient ou voudraient faire, même dans le tiers-état de la médecine.

Voici du reste ce que demande et donne la Société anglaise :

L'Assurance sous ses trois formes peut être contractée séparément ou en adoptant et combinant à volonté les trois modes; les tableaux sont établis de 20 à 49 ans. Nous ne tiendrons compte que des dépenses exigées de 30 à 49 ans. Existe-t-il des médecins exerçant à 20 ans et, s'il en existe, combien à cet âge se préoccuperont de l'avenir?

SOCIÉTÉ AMICALE DES MÉDECINS ANGLAIS.

I. — *Assurance en cas de maladie seulement.*

L'indemnité entière est payée pendant les six premiers mois, et la moitié de l'indemnité pendant le reste de la maladie. L'indemnité et la prime cessent d'être payées à 65 ans.

Pour donner à ses malades 79 fr. 14 par semaine (11 fr. 30 par jour) pendant six mois, et seulement 39 fr. 57 par semaine (5 fr. 91 par jour) pendant le reste de la maladie, l'Association anglaise exige un versement annuel s'élevant :

A 20 ans	114 fr. 40
30 ans	130
40 ans	175 12
49 ans	234 24

II.—*Assurance en cas de maladie et rente viagère combinées.*

L'indemnité de 79 fr. 14 est payée comme dans le tableau précédent (39 fr. 57).

La rente viagère est payée pendant la vie de l'assuré, quel que soit l'état de sa santé.

Rente viagère assurée : 944 fr. 74.

Age.	Primes à payer annuellement.
20 ans	158 fr 96
30 ans	220 48
40 ans	439 88
49 ans	570 92

III. — *Assurance de la rente viagère seulement.*

La prime est payée jusqu'à 65 ans ; à cet âge, on jouit d'une rente viagère.

Rente viagère : 1,008 fr. 80.

Age.	Prime annuelle.
20 ans	53 fr. 76
30 ans	90 08
40 ans	175 88
49 ans	374 16

IV.—*L'Assurance au décès* varie avec l'âge de 20 à 49 ans, et la somme assurée de 630 fr. 50 à 5,044 fr. Les primes flottent entre 11 fr 20 et 37 fr. 48 pour la somme la plus faible et 88 fr. 52 et 323 fr. 56 pour la plus élevée.

A 30 ans, les primes flottent entre 15 fr. 48 et 130 fr. 64.

Nous ne croyons pas que l'assurance ait suffisamment pénétré dans nos habitudes pour permettre à une association analogue de réunir le nombre d'adhérents nécessaires à son fonctionnement régulier.

Nous bornons donc notre ambition à la création d'une Association simple, dont l'organisation sera plus facile, et il nous paraît inutile d'en compliquer le mécanisme, avant qu'une expérience décisive nous ait permis de démontrer qu'elle est capable de fonctionner. Nous reconnaissons volontiers l'importance des désiderata exprimés par vous, et rien dans nos statuts ne s'opposera à ce que ces améliorations soient réalisées dans l'avenir.

Nous n'avons oublié ni les veuves, ni les enfants, et l'article 27 de nos statuts contient un engagement moral auquel nous espérons que nos ressources nous permettront de ne pas faillir.

Nous sommes loin de contester l'utilité des pensions de retraite et nous savons que, plus que tout autre, le médecin, devenu vieux, aurait besoin de cette aide ; nous pensons que, dans notre organisation, elles sont moins nécessaires; nos associés valides continueront à pourvoir à leurs besoins, nos infirmes seront payés à un taux beaucoup plus élevé que celui donnépar les pensions de retraite. Le maximum légal de ces retraites ne peut excéder dix fois la cotisation annuelle, soit, avec 10 francs par mois, la somme de 1.200 francs, et les malades chroniques reçoivent 3.650 francs.

C'est malheureusement pour vouloir trop faire avec des ressources insuffisantes, que les Sociétés de secours mutuels abandonnent leurs malades : ils leur faut immobiliser un capital considérable, dont les intérêts sont destinés au service des pensions aux vieillards. Ceux-ci ont tous les privilèges : leur bonne santé leur a permis d'atteindre l'âge de la retraite en travaillant, en faisant même des économies; ils sont encore aptes à se suffire, et c'est pour leur faire des rentes que les malades sont abandonnés, quand leur situation cruelle se prolonge et devient digne du plus grand intérêt. Malgré leur prévoyance, ils n'ont plus que la seule ressource du recours à la charité, à l'aumône.

C'est là un mode d'organisation peu humain, contraire aux principe de la vraie solidarité et contre lequel j'ai pu prémunir les administrateurs de la Corporation du gaz. C'est en refusant la création des pensions de retraite que cette Société a pu ne jamais abandonner ses malades, même les vieillards et les infirmes.

Aussi, forts de cet exemple, les membres du Comité sont-ils convaincus qu'avant de songer à vivre de ses rentes, il faut se préoccuper de s'assurer des moyens d'existence permettant d'atteindre l'âge du repos. C'est ce que nous tentons, en consacrant tous nos efforts à la création de l'Association médicale mutuelle en cas de maladie.

Notre confiance dans la solidité des bases sur lesquelles nous comptons l'établir est telle que le Comité, dans sa dernière séance, a étendu à cinquante-cinq ans la limite d'âge pour les trois cents premiers adhérents.

Agréez, très honoré confrère, l'assurance de ma reconnaissante et respectueuse confraternité.

Dr G. G. LAGOGUEY.

Quelques jours après, M. Gallet Lagoguey nous écrivit de nouveau :

Très honoré confrère,

Je reçois à l'instant le document suivant, qui m'est adressé par M. le président de la Société des fleurs et plumes.

Fondée en 1852 (1er janvier), cette Société comprend un nombre presque égal d'hommes et de femmes.

Les malades chroniques ne sont pas abandonnés et reçoivent une pension annuelle.

Les comptes-rendus de la Société donnent de 1880 à 1885, c'est-à-dire de la 26e à la 34e année inclusivement, les proportions suivantes de malades chroniques :

SOCIÉTÉ DES FLEURS ET PLUMES, FONDÉE LE 1er JANVIER 1852.

Années.	Nombre de sociétaires.	Nombre des malades chroniques.	Proportion des chroniques pour 100 sociétaires participants.
1880	210	1	0,48
1881	204	2	0,98
1882	260	2	0,76
1883	348	3	0,86
1884	365	4	1,09
1885	345	5	1,45

Il est à remarquer que le chiffre le plus élevé, 1,45, est au-dessous de l'évaluation de notre projet.

Si nous prenons la moyenne des six années, nous trouvons 1,732 sociétaires et 17 chroniques, ou 0,98 pour 100.

Ces chiffres sont donc encore plus que favorables à nos prévisions.

Je continue mon enquête, et j'espère pouvoir fournir des chiffres aussi irréfutables que ceux-ci. J'attends de votre bienveillante impartialité un jugement plus favorable que le premier pour l'œuvre que nous tentons de réaliser, œuvre à laquelle j'espère obtenir un jour votre précieux concours.

Votre dévoué et respectueux confrère,

Dr GALLET-LAGOGUEY.

Malgré toute notre sympathie pour le projet de notre honorable confrère, les nouveaux arguments et documents qu'il nous fournit ne suffisent pas pour modifier notre première appréciation. Prenons, par exemple, cette dernière statistique, qui lui paraît irréfutable : elle nous montre que de 1880 à 1885, c'est-à-dire au fur et à mesure que les sociétaires avancent en âge, le nombre des malades chroniques augmente progressivement de 1 à 5, tandis que le nombre des sociétaires ne s'est accru que dans la proportion de 1 à 1,64. Ces chiffres justifient et corroborent notre principale objection tirée de l'assimilation de la vieillesse à une infirmité. Cette assimilation, répond M. Lagoguey, ne sera admise que lorsque le médecin sera, par le fait de l'âge, dans l'impossibilité d'exercer sa profession. Il y a là une limite bien difficile à déterminer. Le médecin réduit à ses seules ressources fait un effort considérable, parfois surhumain, pour conserver sa clientèle, malgré les atteintes de l'âge ; la perspective du repos avec une pension assurée de 3,650 fr. par an contribuera certainement à le rendre moins vaillant, moins courageux, et le jour où il invoquera l'insuffisance de ses forces pour cesser de voir des malades et user de son droit à l'indemnité, devenue pour lui une véritable pension, que pourra-t-on lui objecter ? Comme la force de résistance d'un vieillard à la fatigue ne se mesure pas au dynamomètre, il n'y aura qu'à s'exécuter. Mais, de ce fait, le nombre des chroniques s'accroîtra dans des proportions bien supérieures aux prévisions de M. Lagoguey, et ce n'est pas avec une prime annuelle de cent francs qu'on peut arriver à servir des pensions de 3,650 fr.

Il est bon de remarquer que si une indemnité de 10 fr. par jour est le minimum qu'on puisse offrir, durant le temps de chomage pour cause de maladie, à un médecin dans le plein exercice de sa profession, c'est-à-dire à une époque où les frais de représentation et les charges de famille sont souvent considérables, cette indemnité peut baisser lorsque, arrivé à l'âge de la retraite et ayant renoncé à la clientèle, le praticien a pu réduire le chiffre de ses dépenses obligatoires. C'est à ce point de vue que l'adjonction d'une Caisse de pensions de retraite à une Assurance mutuelle en cas de maladie nous a paru et nous paraît encore désirable ; c'est aussi ce qu'ont pensé les médecins anglais ; c'est ce qu'a pensé encore le directeur du CONCOURS MÉDICAL dans un projet dont nous n'avons pas ici à défendre la priorité, nous préoccupant peu des questions de personnes, et n'ayant jamais en vue que les intérêts généraux de la profession. Sans doute, la combinaison des deux assurances impose une prime annuelle plus forte et restreint dans une certaine mesure le nombre des médecins qui peuvent y participer, mais il faut avant tout prévoir le résultat ; or, si une Caisse de pensions de retraite peut fonctionner seule, une Association dans les conditions de celle que veut fonder M. Lagoguey ne nous paraît pas viable. Certes, notre confrère a une foi très vive dans son entreprise, mais en pareil cas la foi ne suffit pas et le calcul des probabilités sur lequel l'œuvre repose doit être mathématiquement rigoureux.

En maintenant et en affirmant davantage, si c'est possible, notre objection, nous croyons être plus utile à M. Lagoguey qu'en lui adressant un encouragement banal. Nous le prions de n'y voir que l'expression du vif intérêt que nous attachons à son projet.

Dr F. DE RANSE.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours d'agrégation (section de chirurgie et accouchements).* L'argumentation des thèses a lieu dans l'ordre suivant :

31 mai. — M. Brun. « Des accidents imputables à l'emploi des antiseptiques ». Argumentateurs : MM. Picqué, Gangolphe.

M. Maygrier. « Terminaisons et traitements de la grossesse extra-utérine ». Argumentateurs : MM. Gerbaud et Remy.

1er juin. — M. Pousson. « De l'ostéoclasie ». Argumentateurs : MM Denucé et Augagneur.

M. De Lapersonne. « Des arthrites infectieuses non tuberculeuses ». Argumentateurs : MM Barette et Schwartz.

2 juin. — M. Forgue. « Des septicémies gangreneuses ». Argumentateurs ; MM. Vautrin et Truc.

M. Nélaton. « Rapports du traumatisme avec les affections cardiaques ». Argumentateurs : MM. Jalaguier et Brun.

4 juin. M. Picqué. « Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil ». Argumentateurs : MM. Gangolphe et Pousson.

M. Gerbaud. « De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement ». Argumentateurs : MM. Remy et Auvard.

5 juin. — M. Denucé. « Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire » Argumentateurs : MM. Augagneur et de Lapersonne.

M. Barette. « Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical ». Argumentateurs : MM. Schwartz et Forgue.

7 juin. — M. Vautrin. « Traitement chirurgical des myômes utérins ». Argumentateurs : MM. Truc et Nélaton.

M. Jalaguier. « De l'arthrotomie ». Argumentateurs : MM. Brun et Picqué.

8 juin. — M. Gangolphe. « Kystes hydatiques des os ». Argumentateurs : MM. Pousson et Denucé.

M. Remy. « De la grossesse compliquée de kyste ovarique ». Argumentateurs : MM. Auvard et Bar.

9 juin. — M. Augagneur. « Tumeurs du mésentère ». Argumentateurs : MM. de Lapersonne et Bar.

M. Schwartz. « Tumeurs du larynx ». Argumentateurs : MM. Forgue et Vantrin.

10 juin. — M. Truc. « Traitement chirurgical de la péritonite ». Argumentateurs : MM Nélaton et Jalaguier.

M. Auvard. « De la conduite à tenir dans le cas de placenta prævia ». Argumentateurs : MM. Bar et Maygrier.

11 juin. — M. Bar. « Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement ». Argumentateurs : MM. Maygrier et Gerbaud.

***

Faculté de médecine de Montpellier. — Un concours s'ouvrira le 1er décembre 1886, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour un emploi de suppléant de chaires de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

***

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. Jourdan, docteur en médecine, docteur ès sciences, est nommé professeur d'histologie.

***

Bourses d'études. — En exécution de l'arrêté du 25 avril 1882, l'administration du Muséum aura à présenter à la nomination du ministre de l'instruction publique les candidats aux bourses d'études instituées près le Muséum d'histoire naturelle.

Les candidats devront se faire inscrire, du 1er au 20 juin 1886, au secrétariat du Muséum ou aux secrétariats des académies dans les départements.

***

Corps de santé de la marine. — Par décret du 29 mai 1886, ont été promus : au grade de directeur du service de santé, M. Lucas (Jean-Marie-François-Etienne), médecin en chef ; au grade de médecin en chef, M. Vaillant (Alfred-Léon-Michel), médecin principal ; au grade de médecin principal, M. Hyades (Paul-Daniel-Jules), médecin de première classe.

***

— Par décision ministérielle en date du 27 mai 1886, M. Garnier, pharmacien-major de 1re classe, désigné pour l'hôpital militaire de Perpignan, a été affecté à l'hôpital militaire des Colinettes, à Lyon, par permutation avec M. Gambriels pharmacien-major de 2e classe.

***

Société de médecine légale. — Séance du lundi 7 juin 1886 (avancée de huit jours à cause des fêtes de la Pentecôte), à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des référés.

Ordre du jour :

I. Discussion de la question de la responsabilité des pharmaciens pour l'exécution des ordonnances contenant des substances toxiques. — Conclusions de la Commission présentées par M. Horteloup. — II. Suite de la discussion sur l'empoisonnement par la colchicine. — III. Sur un nouveau cas de pseudo-hermaphrodisme, par M. Descoust. — IV. Empoisonnement par l'ergot de seigle. — Rapport par M. Pouchet. — V. Accidents toxiques dus à des pansements faits avec le sous-nitrate de bismuth. — Communication par M. Dalché. — VI. De l'occlusion spontanée des paupières après la mort. — Expériences par M. Valude.

Le secrétaire général : Gallard.

— La Société de médecine légale a déclaré la vacance de quatre places de membres titulaires.

Les candidats sont invités à adresser leur demande avec l'exposé de leurs titres au secrétaire général, 7, rue Monsigny, à Paris.

***

Dans sa séance de mai, la section piémontaise de la Société royale italienne d'hygiène, réunie à Turin, sous la présidence du professeur L. Pagliani, a procédé à l'examen minutieux de l'*Ordonnance sanitaire maritime*, datée du 18 avril dernier. — Après avoir donné son assentiment à la prescription qui astreint les navires qui font le service des passagers sur le littoral de l'Adriatique et de la Méditerranée, d'avoir à bord un officier de police sanitaire chargé de la surveillance médicale des personnes et de l'inspection et de la désinfection des effets et des marchandises formant la cargaison, la Société a adressé au gouvernent italien des vœux tendant à lui faire révoquer l'obligation pour les navires de subir une quarantaine de sept jours. Cette quarantaine, la Société la considère d'abord comme des plus préjudiciables au commerce et, en outre, comme une mesure superflue et inutile au point de vue hygiénique.

De plus, la Société de Turin saisit cette occasion pour reproduire des vœux déjà émis depuis deux ans par la Société italienne d'hygiène, qui demandent au gouvernement d'abandonner et même de proscrire certaines pratiques de défense ne produisant d'autre effet que de faire naître ou d'augmenter le panique dans les populations (telles que les cordons sanitaires autour des communes, la désinfection postale et les fumigations individuelles).

P. Fabre.

***

— La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 30 mai 1886 sous la présidence de M. A. Duverger, professeur à la Faculté de droit de Paris.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. le professeur A. Duverger, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. le docteur Motet, secrétaire général, les rapports de MM. Decaisne, Boyer et Bouchereau, et celui de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné une médaille d'argent à M. Marambat, des médailles de bronze à MM. les docteurs Séjournet et Legendre, 500 francs répartis entre MM. Julien Bottet, procureur de la République, le docteur A. Barrabé, François Delattre et le docteur A. J. Devoisins ; 168 diplômes de membre associé honoraire, 6 médailles d'argent, 180 médailles de bronze, 11 livrets de caisse d'épargne postale (115 fr.) et 556 diplômes de témoignages de satisfaction, 157 volumes de ses bulletins, 116 exemplaires de l'*Essai sur l'intempérance*, de M. Edmond Bertrand, 115 manuels Picard, 20 exemplaires de la Conférence Homais, 205 exemplaires du *Mécanicien Gerbal*, de M. Paul Timon, et 1,020 exemplaires des années 1880 à 1885 du *Bon Conseiller*, publié sous son patronage.

***

— La récente communication de M. le professeur Brouardel à l'Académie de médecine, dans sa séance du 20 avril dernier, au sujet de l'impureté des diverses digitalines existant dans le commerce, démontre une fois de plus la nécessité pour le médecin de ne pas prescrire indifféremment telle ou telle digitaline.

La *Véritable Digitaline d'Homolle et Quevenne* lui offre toujours, sous la forme de *Granules* ou de *Solution*, un médicament pur, d'une activité égale et constante. Et le nouveau Codex a décidé qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la digitaline, dont on doit la découverte à Homolle et Quevenne qui doit *seule* être délivrée. (Dépôt général à la pharmacie Collas, 8, rue Dauphine, Paris.)

— La Gazette géographique et l'exploration, journal hebdomadaire, 6, rue Cassette.

Sommaire du no 21. — Les finances de la Chine. — La rivière noire, le Pa-Pien et le Pou-Kou-Kiang. — Cote orientale du Groenland. — Affaires coloniales de la France. — Mouvement colonial de l'étranger. — Nouvelles géographiques. — Renseignements commerciaux et statistiques. — Revue des Sociétés. — Nécrologie. — Bibliographie et cartographie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 23 au samedi 29 mai 1886

Fièvre typhoïde 14 — Variole 7. — Rougeole 22 — Scarlatine 8. — Coqueluche 13. — Diphthérie, croup 32. — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 1 — Infections puerpérales 4 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 45. — Phthisie pulmonaire 206. — Autres tuberculoses 50 — Autres affections générales 58 — Malformation et débilité des âges extrêmes 49. — Bronchite aiguë 34 — Pneumonie 98. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 35. — au sein et mixte 18 — Inconnu. 5 — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 84. — de l'appareil circulatoire 65 — de l'appareil respiratoire 88. — de l'appareil digestif 48. — de l'appareil génito-urinaire 30. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 12 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 29. — Causes non classées 22. — Total de la semaine : 1085 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La deuxième édition de l'important travail de MM. Cornil et Babès sur les *Bactéries et leur rôle dans l'anatomie et dans l'histologie pathologiques des maladies infectieuses*, vient de paraître. La première édition de ce livre, publiée il y a un an, fut épuisée en quelques semaines. C'était en effet le seul ouvrage complet existant aussi bien à l'étranger qu'en France sur la bactériologie et ses méthodes. Cette lacune n'a encore été comblée par aucun autre livre, et, de plus, la seconde édition que nous annonçons est au courant des derniers progrès de cette science qui produit chaque jour une découverte et qui est appelée à renouveler l'hygiène et la thérapeutique. L'atlas de la première édition a été supprimé; toutes les figures en noir et en couleurs ont été imprimées dans le texte, ce qui en rend la lecture plus facile et constitue un très grand progrès dans l'illustration des livres de médecine. Un fort volume grand in 8° de 850 pages, avec 848 figures en noir et en couleurs dans le texte, et 4 planches hors texte. — Prix : 30 francs. — Chez Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cie.

Traité d'hygiène militaire, par G. Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. 2e édition, entièrement remaniée, mise au courant des progrès de l'hygiène générale et des nouveaux règlements de l'armée, 1886. Un vol. in-8 de 926 pages avec 173 fig. — Prix : 15 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

ETUDE CLINIQUE SUR LE TRAITEMENT DE L'ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX SIMPLE OU VARICE ANÉVRYSMALE,

par M. POLAILLON, chirurgien de la Pitié, agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Le 9 novembre, le malade a un peu moins de dyspnée. On entend un léger frottement péricardique. La matité cardiaque a diminué. La rate et le foie présentent toujours un volume anormal.

Le malade se plaint de douleurs dans les articulations du cou-de-pied et du genou droits. Ces articulations sont sensibles à la pression et, à leur niveau, il y a un peu de gonflement et de rougeur.

Même traitement. Vésicatoire sur la région précordiale ; frictions avec liniment chloroformé sur la jambe.

Température matin, 39°,4 ; soir, 40°,2.

Le 10 novembre, le frottement péricardique s'accentue. Les douleurs de la jambe sont moins prononcées. Pâleur du visage, anhélation, anxiété, insomnie. Depuis hier, le malade a un peu de diarrhée.

Traitement : Sulfate de quinine : 1 gramme ; potion de Tood, vin de quinquina. Ventouses sèches.

Le 11 novembre, le frottement péricardique est très net ; on entend le bruit de cuir neuf. Les bruits du cœur sont encore très sourds. Le vésicatoire empêche de pratiquer la percussion.

La matité des poumons a diminué et les râles crépitants ont presque disparu. Quelques frottements pleuraux à la base droite.

Le malade a un peu de délire.

Température matin, 39° ; soir 38°,3.

Toute la journée, le malade a eu une diarrhée abondante et fétide ; les selles sont parfois involontaires. Le pouls est régulier, ample et fort à 112.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 12 novembre, œdème considérable de la cuisse et de la jambe droites. On trouve aussi un peu d'infiltration œdémateuse à la main et au pied gauches, surtout autour des malléoles. La diarrhée est toujours aussi intense.

Examen du sang. On y trouve toujours des microbes.

Le 13 novembre, température matin 38°,8, soir 39°,8. L'œdème s'est accentué depuis hier. Douleurs dans la cuisse droite. Sueurs profuses. Agitation ; le malade rejette ses couvertures. Sensation d'une chaleur intense. Oppression extrême.

On rétablit 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 14 novembre, même état local, mais amélioration de l'état général ; la dyspnée est moindre. Les phénomènes morbides du côté du poumon se sont bien amendés. La rate a beaucoup diminué de volume, ainsi que le foie. On entend les frottements péricardiques et les souffles des orifices mitral et triscupide. Le pouls est normal. Température matin 37°,8, soir 38°,2.

Même traitement ; ventouses sèches répétées.

Le 15, même état ; périodes d'oppression et de calme pendant la journée. Diarrhée ; selles peu abondantes, mais fréquentes.

Le 16, amélioration assez sensible des symptômes généraux. Le malade se tient assis sur son lit. La dyspnée est moindre. L'état local n'a pas varié.

Examen du sang. M. Netter nous communique la note suivante :

« Nous avons, à trois dates différentes, examiné le sang du nommé D... Le microscope nous a permis d'y reconnaître des éléments pathologiques mobiles, que des cultures successives nous ont révélé être de nature parasitaire.

« Ces germes se présentent sous forme de petits grains ronds ; ces grains sont tantôt isolés, tantôt groupés en série linéaire Un pareil groupement produit dans ces cas des chapelets pouvant contenir jusqu'à 16 et 20 grains. Ces chapelets sont animés de mouvements flexueux. Les grains d'un même chapelet n'ont pas tous les mêmes dimensions ; on en trouve un ou deux plus volumineux, correspondant sans doute à des organismes préparant une segmentation.

« Les germes n'ont cessé de se multiplier dans le sang. Ils ont été plus nombreux aux examens du 12 et 13 novembre qu'à celui du 6 novembre.

« Le sang, recueilli avec les précautions usuelles, a servi à ensemencer des tubes contenant du bouillon peptogélatinisé ou additionné d'agar-agar. Ces tubes placés à 27°, ont donné naissance le long des stries d'inoculation à des colonies arrondies, de coloration blanche et jaune.

« Les colonies formées de microcoques ronds, groupés en grappe, ont tous les caractères des colonies de staphylococcus albus et aurens de Rosenbach.

« Il y a eu également des colonies plus ténues, grisâtres, en poussière de streptococcus pyogènes ; mais ces dernières n'ont pas été isolées dans des cultures ultérieures. »

Le 17, légère épistaxis ce matin. Œdème un peu plus prononcé de la cuisse droite. Le thrill est revenu à peu près à son ancienne intensité. Anhélation très prononcée. Trouble marqué des idées. Le pouls est fréquent et faible. Les signes stéthoscopiques n'ont pas varié.

Absence d'albumine dans les urines.

On remplace le sulfate de quinine par une petite dose d'acide salicylique comme antipyrétique.

Le 18, anhélation extrême, anxiété. L'œdème du membre inférieur droit a augmenté. Le facies est très altéré ; les traits sont tirés, la face est pâle et couverte de sueurs, les yeux sont hagards, la voix est cassée. Le malade entremêle ses réponses de divagations. Il y a des intermittences du cœur et du pouls.

Le 19, l'état du malade est toujours aussi grave. Le pouls est toujours intermittent et très faible. Les battements du cœur sont à peine perceptibles.

Le 20 novembre, la journée n'est qu'une longue agonie. Le malade succombe à onze heures et demie du soir.

Autopsie faite le 22 novembre, trente-six heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate une légère quantité d'ascite. Le foie est volumineux; il déborde beaucoup les fausses côtes et son bord inférieur vient se mettre en contact avec la crête iliaque.

La rate, assez volumineuse, déborde d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes.

En ouvrant la cavité thoracique, on constate que toute sa partie antérieure est occupée par le péricarde, distendu par une énorme quantité de liquide, qui est mesurée, et s'élève à près de deux litres. Ce liquide est d'un ronge brunâtre et renferme quelques flocons de fibrine.

Les parois de la cavité péricardique sont tapissées par des saillies en forme de villosités volumineuses et extrêmement nombreuses. Leur mode de groupement rappelle la comparaison classique avec une *langue de chat*. Ces villosités sont surtout multipliées sur la paroi antérieure du péricarde pariétal, où quelques-unes d'entre elles mesurent plus d'un centimètre de hauteur.

Le péricarde viscéral présente, sur les points correspondants, un aspect identique. A sa partie moyenne existe une adhérence complète du péricarde. Au-dessus et au-dessous de cette adhérence, on peut cependant passer les doigts entre les deux feuillets. Cette adhérence, qui mesure près de 5 centimètres de hauteur, est située au-devant du ventricule droit et de l'oreillette droite. Elle subdivise la cavité péricardique en deux loges secondaires, dont l'aspect et le contenu diffèrent; la loge située à droite contient un liquide plus fibrineux et manque de végétations sur le péricarde pariétal; sur sa face viscérale, sur les vaisseaux et sur l'auricule, qui est extrêmement augmenté de volume, existent au contraire des végétations fort volumineuses et d'un aspect tout nouveau.

Les poumons sont légèrement aplatis par l'épanchement péricardique. A la coupe, les deux poumons présentent des lobules emphysémateux et d'antres lobules atélectasiés. La base du poumon droit présente des territoires d'atélectasie très étendus, ce qui est en partie expliqué par la présence d'une pleurésie peu abondante à droite. On peut noter encore des adhérences pleurales, abondantes surtout à droite, où elles unissaient les lobes entre eux et rattachaient le poumon à la paroi costale en plusieurs points.

La rate présente une consistance très ferme. Son diamètre est de 16 centimètres et sa plus grande largeur de 10 centimètres. Sa coupe présente un aspect chagriné, dû au développement des glomérules de Malpighi. Son poids est de 250 grammes.

Le foie présente l'aspect du foie muscadé. Son poids est de 2,850 grammes.

Le rein gauche est volumineux, dur. Sa surface est parsemée de petits kystes, qui se laissent décortiquer avec difficulté. La portion corticale de l'organe n'est pas augmentée de volume; sa consistance est plus grande. Elle est traversée de stries blanchâtres. Son poids est de 255 grammes.

Le rein droit ne présente pas de kystes. Son aspect est lobulé. Son tissu est moins dur à la coupe. Sa substance médullaire est nettement congestionnée.

Le pancréas et les capsules surrénales sont normales.

Le cœur présente, dans son ensemble, une augmentation considérable de volume; c'est un véritable cœur de bœuf. Le ventricule droit est dilaté et ses parois un peu épaissies; mais l'hypertrophie porte surtout sur le cœur gauche, dont les parois ont une épaisseur qui atteint 2 centimètres. Les valvules sigmoïdes, aortiques et pulmonaires, sont suffisantes, et ne présentent pas de lésions. Les valvules tricuspide et mitrale sont également saines.

L'aorte thoracique n'est pas dilatée au niveau de la crosse, et contraste avec le volume du cœur. Au-dessous de la crosse, l'aorte affecte un diamètre un peu plus considérable qu'à l'état normal. La dilatation de l'aorte abdominal est manifeste; toutes les tuniques de ce gros vaisseau sont remarquables par leur élasticité et leur souplesse.

L'articulation du genou droit, qui avait été le siége de douleur et de gonflement, laisse écouler une grande quantité de synovie un peu trouble; mais il n'y a aucune altération notable de la synoviale ni des cartilages.

Le cerveau est absolument sain.

L'anévrysme artério-veineux siégeait à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade de Fallope. Il était formé par une communication directe entre l'artère et la veine crurales, sans sac formé aux dépens de ces vaisseaux. La paroi antérieure de l'artère présentait seulement une petite boursouflure ovoïde (Voy. figure A).

L'orifice de communication mesure un centimètre de long sur six millimètres de large. Il affecte une forme régulièrement elliptique, le grand axe de l'ellipse étant parallèle à celui des vaisseaux. Au-dessus de la communication artério-veineuse, l'artère est très dilatée, ainsi que la veine, et cette dilatation s'étend jusqu'aux vaisseaux iliaques internes et jusqu'à l'aorte abdominale. En outre, l'artère et la veine sont étroitement unies sur une longueur de plus de six centimètres au-dessus de l'anévrysme. La veine est comme soudée à la paroi interne et postérieure de l'artère. Cette union est même si intime que la séparation de la veine par une dissection minutieuse entraîne l'ouverture de cette dernière en trois endroits.

Au-dessous de l'anévrysme, les deux vaisseaux se séparent. L'artère fémorale présente sa division habituelle en fémorale profonde et fémorale superficielle, donnant quelques branches musculaires. Ces vaisseaux ont à peu près leur calibre normal; ils sont peut-être un peu rétrécis. L'artère épigastrique émerge à un centimètre au-dessus de l'anévrysme.

Toutes les veines collatérales qui aboutissent à la veine fémorale sont augmentées de volume et gorgées de sang.

En incisant les vaisseaux, on constate que leur paroi est plus épaisse au-dessus qu'au-dessous de l'anévrysme.

L'artère crurale est pleine de sang au-dessus de la communication artério-veineuse, tandis que toutes les autres artères du cadavre sont vides. Après avoir laissé écouler ce sang, on trouve un caillot fibrineux rougeâtre, assez consistant, qui remplit le calibre de l'artère. Ce caillot s'amincit en pointe à sa partie inférieure pour se terminer par un filament qui s'introduit par l'orifice artério-veineux jusque dans la veine, où il remonte un peu du côté du cœur. (Voy. figure B).

Les tissus ne sont pas altérés autour de l'anévrysme, à l'exception de la cicatrice primitive, qui unit la veine et l'artère à la peau. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, on rencontre deux petits corps étrangers noirâtres, se fragmentant facilement, qui ne sont autre chose que les extrémités de deux aiguilles, dont la pointe était restée dans les tissus pendant la dernière séance d'électro-puncture.

En arrière de l'arcade de Fallope, on trouve, le long des vaisseaux iliaques, de gros ganglions lymphatiques noirâtres, très adhérents à la veine, dont ils longent le côté interne.

Réflexions. — En récapitulant l'observation précédente, je ferai d'abord remarquer que le jeune homme, qui en fait l'objet, parfaitement bien portant jusqu'à son accident et sans antécédents épileptiques du côté de ses parents, devint subitement épileptique quelque temps après la formation de sa varice anévrysmale.

Entre ces deux phénomènes morbides, anévrysme artério-veineux et épilepsie, il me paraît y avoir une relation de cause à effet. La communication artério-veineuse, en diminuant,

comme on le sait, la tension du sang artériel, a produit chez notre patient une dilatation ascendante de l'artère blessée, puis une dilatation de l'aorte et même une dilatation du cœur, qui s'est hypertrophié peu à peu jusqu'à acquérir un volume énorme. Il en est résulté un trouble plus on moins profond dans l'irrigation des centres nerveux, d'où les vertiges persistants, les bourdonnements d'oreilles et les attaques d'épilepsie, qui augmentaient d'intensité et de fréquence avec les progrès de la dilatation artérielle et de l'hypertrophie du cœur. La preuve que le trouble circulatoire était bien la cause des troubles nerveux, c'est qu'en empêchant le passage facile du sang artériel dans le sang veineux, c'est-à-dire en ramenant la circulation à ses conditions normales par la compression permanente de l'anévrysme, on supprimait les vertiges et les attaques d'épilepsie, et que ce bien-être durait quelques jours après la cessation de la compression. J'ai renouvelé plusieurs fois cette sorte d'expérience, qui m'indiquait que la guérison de l'anévrysme amènerait aussi la guérison des troubles nerveux.

Le malade réclamait avec une grande énergie qu'on le délivrât de son mal soit par une opération, soit par un traitement quelconque. Sa position était, en effet, des plus pénibles: depuis sept ans, il souffrait non seulement de ses vertiges, de ses bourdonnements d'oreilles, de ses attaques d'épilepsie, mais encore du bruit de son anévrysme qui l'empêchait de dormir, de l'impotence de son membre et d'une faiblesse générale qui rendait impossible tout travail suivi.

Mais comment fallait-il intervenir?

Si le chirurgien, qui a soigné au début la plaie artérielle, avait prévu la formation d'une varice anévrysmale et tous les troubles qu'elle a engendrés chez notre patient, nul doute qu'il ne se fût appliqué à y couper court en liant l'artère crurale.

Un peu plus tard, lorsque la communication artério-veineuse se fut établie, la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la blessure aurait probablement amené la guérison. Mais la croyance traditionnelle à la bénignité des veines anévrysmales a arrêté toute idée d'intervention. On s'est borné à prescrire le repos, puis on a abandonné le malade à lui-même.

La ligature de la crurale eût été praticable dans les premiers temps de la maladie, à une époque où les vaisseaux, artère et veine crurales, n'étaient pas encore dilatés ni soudés l'un à l'autre par des tissus indurés. Mais, au bout de sept années, lorsque je vis le malade, je jugeai que cette opération était devenue impossible. En effet, je sentais, au niveau de l'anévrysme et dans la fosse iliaque, un gros cylindre formé par les vaisseaux et, autour d'eux, une sorte d'empâtement. Il était donc évident que l'artère et la veine dont les rapports sont si intimes dans cette région, étaient accolées l'une à l'autre par un tissu analogue au tissu cicatriciel, et que l'isolement nécessaire pour la ligature de l'artère présenterait des difficultés insurmontables. L'autopsie a démontré ce que l'observation clinique me faisait pressentir : à une grande distance de la communication artério-veineuse, les parois de l'artère et de la veine crurales étaient si intimement confondues qu'il fût impossible de les séparer par la dissection sans ouvrir la veine en trois points.

Si la ligature de la crurale eût été possible, il aurait fallu la pratiquer au-dessus et au-dessous de la communication artério-veineuse et très près de celle-ci, pour ne pas laisser de collatérale entre les deux points liés. En supprimant ainsi le courant de l'artère à la veine, on aurait eu de grandes chances de guérir la varice anévrysmale.

Mais, à défaut de la ligature, n'avait-on pas d'autre procédé pour atteindre le même but? Je songeai à la compression et à la galvano-puncture.

La pression avec l'extrémité du doigt sur le point précis de la communication artério-veineuse faisait disparaître le thrill et le bruit de souffle. Par conséquent, en appliquant sur ce point la pelote d'un appareil compresseur, j'avais quelque espoir de produire un caillot obturateur. Mais je me hâte d'ajouter que cet espoir était bien faible, parce que je n'avais pas affaire à un anévrysme artério-veineux avec sac intermédiaire ou surajouté, mais à une varice anévrysmale dans laquelle la compression ne détermine habituellement pas la coagulation du sang. Le malade supporta avec beaucoup de courage plusieurs séances de compression mécanique avec l'appareil de Nélaton. Les phénomènes généraux s'amendèrent, mais je n'obtins aucun résultat pour la cure de l'anévrysme. J'insistai cependant sur la compression pendant huit jours, afin de développer la circulation collatérale.

Restait la galvano-puncture. Comme l'orifice de communication était étroit, je pensai qu'en plaçant des aiguilles dans l'artère, au niveau de cet orifice, et en les faisant traverser par le courant d'une forte pile de Gaiffe, je parviendrais à produire, dans la crurale, la formation d'un caillot qui oblitérerait la communication artério-veineuse.

Le passage éventuel de quelques caillots dans la veine, où ils auraient infailliblement formé des embolies, constituait le grand danger de ce procédé. Aussi, je pris les plus grandes précautions pour interrompre la circulation dans la veine crurale, non seulement pendant les séances d'électro-puncture, mais encore pendant plusieurs heures après ces dernières.

Le 15 octobre, à la visite du matin, je plaçai trois aiguilles dans l'artère crurale, au niveau du point où la pression du doigt faisait cesser le thrill et le bruit de souffle. Ces aiguilles furent enfoncées de manière à ce que leurs pointes fissent saillie d'environ un demi centimètre dans la cavité artérielle. Elles étaient espacées les unes des autres d'à peu près 1 centimètre. Elles présentaient des oscillations synchrones avec la pulsation artérielle, ce qui m'indiquait qu'elles étaient bien placées dans l'artère. J'appliquai ensuite, avec grand soin, la pelote d'un compresseur au-dessus des aiguilles, sur le trajet de la veine, de manière à interrompre la circulation en retour. Puis, je fis passer par chaque aiguille, et pendant dix minutes pour chacune d'elles, le courant d'une forte pile de Gaiffe. Le pôle positif était mis en communication avec les aiguilles, et le pôle négatif venait aboutir à une large plaque métallique mouillée d'eau salée et placée sur la cuisse malade. Le passage du courant détermina de très vives douleurs, mais le patient avait une telle envie de guérir qu'il les supporta presque sans se plaindre. Il supporta aussi, pendant plusieurs heures, la pelote qui comprimait énergiquement sa veine. Ce n'est que vers le soir, qu'il lui fut permis de la desserrer un peu. Enfin, il garda pendant trois jours un repos absolu dans le décubitus dorsal.

Cette première tentative pour déterminer la formation d'un caillot dans l'artère crurale échoua complètement, et les signes physiques de l'anévrysme ne furent en rien modifiés. Mais comme il ne se produisit aucun accident consécutif, je m'enhardis à recommencer.

Une nouvelle séance d'électro-puncture fut faite dix-huit

jours après la première. Trois aiguilles d'acier furent enfoncées exactement au niveau de la communication artério-veineuse et placées plus près les unes des autres que la première fois. La compression de l'artère et de la veine au-dessus de l'anévrysme fut faite très exactement avec les doigts. Après la séance, les doigts furent remplacés par un compresseur mécanique laissé à demeure.

Un caillot s'était manifestement formé dans la crurale, au voisinage de l'orifice artério-veineux, car le même soir le thrill avait presque disparu, et on ne percevait plus les battements de l'artère tibiale postérieure.

Il n'est pas douteux qu'une ou deux nouvelles séances d'électro-puncture auraient donné une oblitération complète de l'artère et de la communication artério-veineuse. Mais l'état du malade ne me permit pas de continuer ce traitement.

Le lendemain de la deuxième séance d'électro-puncture, le malade fut pris d'une angine fébrile, que j'attribuai à un refroidissement. En même temps, l'auscultation faisait entendre des foyers de râles crépitants disséminés dans les deux poumons. Deux jours après, une péricardite intense se déclarait.

Le sang, examiné à ce moment par M. Netter, contenait une grande quantité de microbes (staphylococci et streptococci), une multitude de globules blancs et quelques plaques grises. Il était difficile de ne pas voir là un état infectieux, dont l'origine m'échappait, mais dont les effets devaient être funestes.

L'épanchement péricardique augmenta de plus en plus; des arthrites se montrèrent au pied et au genou droits; une diarrhée fétide et du délire survinrent; puis le malade succomba dix-sept jours après la deuxième tentative d'électro-puncture.

Pendant le cours de ces accidents, les caillots qui commençaient à oblitérer l'anévrysme artério-veineux s'étaient déplacés, et le thrill était revenu à peu près à son ancienne intensité. La gravité de la situation avait fait négliger, et même abandonner dans les derniers jours, la compression de l'anévrysme.

A mon avis, la mort est due à une septicémie amenant, outre plusieurs lésions secondaires, une péricardite infectieuse. Quelques petits caillots migrateurs, détachés du gros caillot crural, ont certainement compliqué la maladie en engendrant des infarctus pulmonaires passagers. Mais, malgré mes craintes, il n'y a eu nulle part une embolie grave.

L'électro-puncture avait été faite sans précautions antiseptiques, sans avoir lavé la région inguinale et sans avoir préalablement stérilisé par la chaleur ou par un lavage phéniqué les fines aiguilles d'acier que j'enfonçai dans l'artère. J'avoue que l'antisepsie m'avait paru superflue pour des plaies opératoires si minimes, plaies qui devaient en outre être traversées par un courant électrique d'une grande intensité. Cependant, il est fort probable que cette négligence a été funeste et que ce sont les piqûres des aiguilles qui ont introduit dans le sang les germes infectieux. Ce qui tend à me confirmer dans cette opinion, c'est que, dans un lit situé en face de celui qu'occupait notre opéré, mourait d'infection purulente un homme qui était entré dans le service pour une otite interne avec carie du rocher.

En étudiant la pièce anatomique, que j'ai présentée à la Société de Chirurgie (fig. B), on voit que l'électro-puncture avait déterminé dans l'artère un gros caillot fibrineux avec un prolongement jusque dans l'ouverture artério-veineuse. De nouvelles séances d'électro-puncture auraient infailliblement augmenté ce caillot au point d'oblitérer complètement l'artère et son orifice de communication avec la veine. Les conditions de la guérison auraient alors été réalisées.

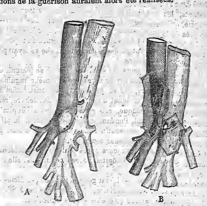


Fig. A. — Artère et veine crurales accolées dans une grande étendue au-dessus de la communication artério-veineuse. Petite dilatation ampulaire de la paroi antérieure de l'artère au niveau de cette communication. Les trois points situés à la partie interne de cette ampoule représentent exactement les piqûres des trois aiguilles pendant la dernière séance d'électro-puncture.

Fig. B. — Ces mêmes vaisseaux ouverts au niveau de leur communication. Caillot de l'artère crurale se prolongeant par un filament fibrineux jusque dans la veine crurale, où se trouvait une petite masse de sang coagulé en caillots fibrineux assez durs.

Ces figures sont exactement de demi grandeur naturelle.

Toutefois, je ne me dissimule pas que l'électro-puncture est un procédé dangereux dans le cas de varice anévrysmale, parce qu'il peut donner naissance à des embolies graves. On ne doit donc y recourir qu'avec de grandes précautions, et après tous les autres moyens, ou lorsque les autres moyens sont inapplicables. La ligature de l'artère, au-dessus et au-dessous de la communication, reste comme le plus simple et le plus efficace des procédés, lorsque la région le permet et lorsqu'on est appelé à intervenir de bonne heure.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Hernie diverticulaire étranglée. — Perforation de l'intestin par sphacèle du diverticulum. — Épanchement de matières fécales dans le péritoine. — Mort. — Autopsie, par MM. A. Dutil et D. Témoin, internes des hôpitaux.

Une femme, âgée de 56 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, lit n° 6 (service de M. le docteur Benjamin Anger), le 23 mars 1886, pour une hernie crurale irréductible, douloureuse, et probablement étranglée.

Cette femme a toujours eu une excellente santé; elle n'avait, dit-elle, jamais été malade. Elle a mis au monde 11 enfants, qui tous sont morts. Elle exerce le métier, assez pénible, de

femme de ménage. Voici comment elle raconte l'histoire de « sa grosseur » et des accidents qui l'amènent à l'hôpital.

Il y a huit jours (le 15 mars), vers quatre heures après midi, à la suite d'un travail fatiguant, elle fut prise tout à coup de nausées, de vomissements et de vives douleurs dans la partie droite du bas-ventre. Elle dut se mettre au lit; en se déshabillant, elle porta la main au point douloureux et s'aperçut alors qu'elle portait une tumeur au pli inguinal droit. Les vomissements bilieux et de couleur verdâtre ne se reproduisirent que deux ou trois fois dans la soirée. Sous l'influence du repos, les douleurs s'amendèrent et, dès le lendemain, elle se levait pour vaquer à ses occupations.

Durant les quatre jours qui suivirent, elle ne se plaignit que d'une assez légère douleur au niveau de la tumeur inguinale.

Le samedi 20 mars, elle se présentait à la consultation externe de M. Perier; un billet d'admission lui fut délivré, mais pour un motif quelconque, elle refusa d'entrer à l'hôpital et retourna à son travail. Pendant ce temps la tumeur du pli de l'aine la faisait un peu souffrir, mais la malade n'était pas constipée et mangeait d'assez bon appétit.

Le mardi 23 mars (huit jours après le début des accidents), elle se décide à entrer à l'hôpital, parce que, dit-elle, elle a de nouveau vomi.

Etat de la malade. — L'état général est bon; le faciès est calme; la température axillaire, 37°2; le pouls est à 80. Au repos, la malade déclare qu'elle ne souffre nullement.

La langue a son aspect normal; le ventre est souple, peut-être un peu ballonné, non douloureux à la pression. Pas de nausées. La veille au soir, la malade est allée à la selle.

Au niveau du pli inguinal droit, on constate l'existence d'une *tumeur* arrondie, oblongue, à grand diamètre parallèle à l'arcade crurale, et siégeant manifestement au-dessous de cette arcade. Cette tumeur répond exactement à la région crurale, elle a environ le volume d'une grosse noix; elle est mate, modérément tendue, de consistance uniforme, irréductible. Elle est peu mobile sur les parties profondes, mais on ne sent pas de pédicule bien net.

La tumeur est le siège d'une sensibilité un peu douloureuse. La peau qui la recouvre est mobile, mais d'une teinte rouge très marquée. (Cet état de la peau est mis sur le compte du frottement exercé par la pelote convexe d'un bandage que la malade a appliqué sur la tumeur durant les trois jours précédents.)

Traitement, — Cataplasmes; bouillon et lait.

Le 24 mars, même état. La malade ne souffre pas; elle a bien dormi et demande à manger. Tempér. axillaire, 37° 5 et 37° 4.

Le 25, la tumeur inguinale n'a pas changé d'aspect; l'appétit est bon; une selle normale et copieuse. Température normale.

Le 26, à la visite du matin, même situation; pas de coliques, pas de douleurs au pli de l'aine; sommeil calme. Température, 37° 3.

A *midi et demi*, après avoir déjeuné avec appétit, la malade éprouve le besoin d'aller à la selle; elle se lève et se rend au cabinet. En retournant à son lit, elle est prise subitement de coliques atroces; la face est pâle, couverte de sueur et exprime une anxiété très grande; les extrémités sont froides, le pouls est petit, filiforme. Le ventre est peu ballonné, mais il est douloureux à la pression dans toute son étendue, sans foyer maximum.

Traitement. — Repos absolu, glace et opium à l'intérieur; cataplasme laudanisé.

Les douleurs s'apaisent bientôt, et la malade sommeille dans un abattement extrême.

A quatre heures, température rectale : 38°,8; pouls très fréquent, filiforme.

A sept heures du soir, nouvel accès de coliques, état lipothymique et mort.

Autopsie (le 28 mars à huit heures du matin). — A l'ouverture de la cavité abdominale, issue abondante de gaz. Les anses intestinales distendues font irruption au dehors; la séreuse péritonéale est congestionnée, les anses vasculaires et leurs arborisations se dessinent avec une grande netteté; quelques ecchymoses disséminées sur la surface intestinale, mais pas d'exsudats inflammatoires.

En soulevant le paquet intestinal, le petit bassin apparaît à demi rempli de matières fécales.

A droite, vers la région inguino-crurale, quelques anses intestinales appliquées contre la paroi sont tirées avec précaution; l'une d'elles adhère faiblement au péritoine pariétal. Par une légère traction, elle se détache et l'on voit alors sortir d'un orifice étroit correspondant à la partie interne de l'anneau crural (orifice du sac herniaire) une sorte d'appendice vermiculaire, cylindroïde, et qui fut pris tout d'abord pour l'appendice du cœcum. C'est un diverticulum canaliculé de l'intestin grêle. Il mesure 6 centimètres 1/2 de longueur, du calibre d'une plume d'oie; il est noirâtre et sphacélé à sa partie terminale. Mais la bande de sphacèle remonte le long de la face latérale interne du diverticulum jusqu'à la base de ce dernier. Son extrémité supérieure s'attache par continuité de tissu au bord libre de l'intestin grêle en un point distant du cœcum de huit ou dix travers de doigt environ. Qu'on se représente un doigt de gant en partie décousu à sa base et adhérant encore par la moitié de sa circonférence, et l'on aura exactement le mode d'attache de ce diverticulum à l'intestin. Il est facile de voir que la rupture s'est produite suivant la moitié interne de la ligne d'insertion du diverticulum à l'intestin. L'orifice qui en est résulté mesure 1 centimètre de diamètre; le bord de la perforation est à peu près régulier.

L'orifice du collet du sac examiné du côté de la cavité abdominale offre un calibre de 5 à 6 millimètres de diamètre. A ce niveau, le péritoine est souple, non épaissi; on sent avec le doigt que ce collet est assez fortement appliqué par son bord interne contre le rebord tranchant du ligament de Gimbernat.

Incisant la peau qui recouvre la tumeur crurale et disséquant couche par couche, on peut voir qu'elle est constituée par un sac péritonéal maintenant vide dont la face externe est doublée d'une couche de pelotons adipeux et dont la surface interne lisse et unie ne porte pas trace d'adhérences. Ce sac se continue par un collet peu serré avec la cavité abdominale, puisqu'on peut, en forçant un peu, faire pénétrer le bout du petit doigt jusqu'à l'orifice abdominal.

L'intestin et les autres viscères ne présentent aucune autre lésion.

En résumé, étranglement d'un *diverticulum canaliculé de l'intestin grêle dans un sac herniaire; sphacèle du diverticulum et perforation suivie d'épanchement stercoral*, telle nous paraît être la filiation des lésions qui ont déterminé la mort de notre malade d'une manière aussi brusque qu'inattendue.

RÉFLEXIONS. — Indépendamment de la rareté extrême d'une

pareille variété anatomique de hernie, le cas que nous venons de rapporter n'est pas sans intérêt, ce nous semble, au point de vue clinique. Ce qui frappe dans l'observation précédente, c'est la lenteur avec laquelle a évolué cet étranglement herniaire et la très grande bénignité des troubles fonctionnels qu'il a déterminés. Cette allure symptomatique si insidieuse s'explique aisément par la nature même du contenu hernié. Le jour de son entrée à l'hôpital (huitième jour des accidents), l'état général de la malade était excellent; la hernie était peu sensible. Il n'y avait ni coliques, ni état nauséeux, ni constipation; on ne pouvait donc croire à un étranglement intestinal. Le diagnostic porté fut celui d'épiplocèle enflammée, et partant, on s'en tint à l'expectation. Dans les deux jours qui précédèrent l'accident terminal, la malade eut spontanément deux selles normales; elle mangeait avec appétit, et rien ne pouvait faire prévoir un dénouement fatal. Le partisan le plus convaincu de la kélotomie à outrance n'eut pu dans ce cas particulier ne pas s'abstenir. Et cependant, dans ce fait comme dans bien d'autres, l'indication *anatomique* était formelle, mais l'indication *symptomatique* faisait défaut; tant il est vrai que souvent, en matière d'étranglement herniaire, une abstention légitime fait courir plus de dangers au malade qu'une inutile intervention.

Les diverticules de l'intestin ont été bien étudiés par Cazin en 1862 (1); ils sont de deux ordres: les diverticules *faux* sont uniquement constitués par la muqueuse herniée à travers une éraillure des couches musculaires (hernie tuniquaire de Cruveilhier), leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une pomme d'Api; leur forme est toujours globuleuse.

Les diverticules *vrais* sont de beaucoup les plus importants; la structure de leurs parois est la même que celle de l'intestin; leur orifice de communication avec le tube intestinal est de calibre variable; leur longueur est de 5, 10 cent. et quelquefois plus. D'après leur siège, on distingue le diverticule *iléo-ombilical* (il fait quelquefois partie du contenu des hernies ombilicales congénitales), et le diverticule *iléal*. Ce dernier s'implante généralement sur le bord libre de l'intestin, au voisinage du cæcum; il est considéré, depuis les travaux de Meckel, comme un vestige du ductus vitello-ombilical; flottant dans la cavité abdominale, il participe aux déplacements de l'intestin grêle et partant est susceptible de s'engager à travers les orifices normaux de la cavité abdominale. C'est à cette variété qu'appartient incontestablement le cas que nous avons observé.

Il va sans dire que ces *hernies diverticulaires acquises* sont exceptionnelles. Cependant, depuis Ruysh, qui le premier en signala l'existence, beaucoup d'auteurs en ont rapporté des exemples. La pathogénie en a été diversement interprétée. Les uns voulant que ce soit l'intestin qui, en se déprimant en doigt de gant, donne naissance au diverticule hernié (Littré, Méry, Malgaigne); les autres soutenant que l'appendice est congénital et antérieur à la hernie. Larrey en a présenté un cas à la Société anatomique. Les autopsies de hernie diverticulaire sont, on le conçoit aisément, en bien petit nombre. Walher (1778) disséqua une hernie inguinale qui contenait un diverticule de l'iléon de la longueur du médins.

Cazin rencontra également dans un sac herniaire un appendice diverticulaire qui mesurait 12 centimètres.

(1) *Etude anatomique et pathologique sur les diverticules de l'intestin.* Paris, th. de doct., 1862.

Broca (*De l'étranglement des hernies abdominales*. Paris, 1857), parlant de l'étranglement de ces diverticules, dit qu'il n'en existe pas d'exemple bien net. Dans la thèse de Cazin, on trouve cependant le fait suivant: chez une femme de 44 ans apparaît subitement une hernie qui est prise pour un abcès; incision et fistule stercorale (mars, 1834). La malade meurt deux mois après d'une maladie intercurrente. A l'autopsie, on trouve un diverticule engagé dans le sac.

Dans le MED. RECORD, de New-York (1881, t. I, p. 706), nous avons relevé une observation rapportée par le docteur Swasey sous l'étiquette: *Hernie crurale de l'appendice vermiforme*, mais qui nous paraît être un cas de hernie diverticulaire:

Femme de 67 ans, atteinte depuis plusieurs années d'une hernie crurale; cette hernie s'était produite brusquement à l'occasion d'un effort; elle ne rentrait jamais complètement. La malade, néanmoins, portait constamment un bandage.

Le 28 janvier 1881, la hernie se tend, devient douloureuse, irréductible; en même temps, la malade est prise de coliques et de nausées. Un médecin appelé aussitôt fait plusieurs tentatives de taxis, mais sans succès.

Le lendemain, la tumeur est toujours douloureuse, mais tout état nauséeux a disparu; plus de coliques. Emission de gaz par l'anus; la malade ne souffre pas. On tente de nouveau le taxis après chloroformisation; insuccès. On trouva dans le sac un liquide clair, sans odeur, et un filament long *de 4 pouces*, sans adhérences, et qu'on pouvait aisément attirer au dehors. Suture après réduction et guérison.

Enfin, dans le cours de l'année 1884, M. Kirmisson a communiqué à la Société de chirurgie un bel exemple de hernie diverticulaire.

Telle est la série des faits dans laquelle l'observation que nous venons de rapporter nous paraît devoir être rangée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'INFECTION PALUDÉENNE, par le professeur E. MARCHIAFAVA et le docteur A. CELLI (*Archiv. per le Science mediche*, t. IX, fasc. 3.)

Le professeur MARCHIAFAVA (de Rome) vient de publier, en collaboration avec M. CELLI, un travail très important, dans lequel il expose les résultats de ses recherches les plus récentes concernant l'infection paludéenne. Ce travail comprend trois parties, à savoir:

1° Un chapitre consacré aux *observations microscopiques faites sur le sang de sujets affectés de la malaria*. Le poison de la malaria, en pénétrant dans le sang, produit des altérations globulaires (globules rouges) à la fois très graves et très caractéristiques, mais dont l'étude est entourée de grandes difficultés. Pour que cette étude aboutisse, il faut avoir à sa disposition des malades affectés de formes très diverses de fièvres palustres, depuis les plus bénignes jusqu'aux plus graves. Il faut examiner le sang pendant la période d'apyrexie et pendant les différentes phases du stade fébrile, sur des échantillons frais, et sur des préparations sèches traitées par des substances colorantes appropriées (couleur d'aniline et princi-

palement bleu de méthyle). Dans ces conditions, Marchiafava et Celli ont découvert dans le sang frais : *(a)* des globules rouges contenant des *corpuscules annulaires*, c'est-à-dire des corpuscules creusés à leur centre d'une vacuole, à travers laquelle se reflète le protoplasma des hématies. Ces corpuscules, dont le diamètre atteint et dépasse le tiers du diamètre d'un globule rouge, sont constitnée par de la matière pigmentaire ; *(b)* d'autres corpuscules, qui ne présentent aucune trace de pigment, de grandeur variable, atteignant jusqu'au tiers du diamètre transversal d'un globule rouge, doués de mouvements amèboïdes très vifs (à la température de l'atmosphère, pendant l'été). Ces mouvements se passent au sein de la masse d'un globule rouge, sans que celui-ci y participe et sans que jamais les prolongements émis par le corpuscule dépassent les limites du globule rouge. Il est des cas où, pendant l'accès de fièvre palustre, les globules rouges avec corpuscules amèboïdes dépassent sensiblement en nombre les globules à corpuscules pigmentaires ; mais ce rapport ne peut être bien constaté que sur des préparations sèches traitées préalablement par des substances colorantes ; *(c)* (toujours sur le sang frais) des globules rouges à corpuscules pigmentaires qui se déplacent dans l'intérieur du globule. Les particules pigmentaires qui constituent ces corpuscules ont, les uns, la forme de granulations, les autres la forme de bâtonnets ; parfois on découvre des granulations qui s'échappent de la masse du corpuscule pigmentaire, pour pénétrer dans le protoplasma du globule rouge. Il arrive même qu'elles soient rejetées jusque dans le plasma, où elles continuent de se mouvoir, dans les interstices des globules. Le plasma contient d'ailleurs des granulations pigmentaires de forme et de dimensions très variables ; *(d)* des corpuscules de pigment semi-lunaires, identiques à ceux qui ont été décrits par Laveran, et qui prennent naissance au sein des globules rouges. On peut facilement suivre les différentes phases de leur évolution. Ces corpuscules semi-lunaires se rencontrent avec une fréquence relativement moindre que les corpuscules arrondis ; *(e)* les corpuscules pigmentaires arrondis, à prolongements mobiles (filaments mobiles), décrits par Laveran, qui les considère comme répondant aux formes adultes du parasite de la malaria. Les deux observateurs italiens ont rencontré ces formes de corpuscules pigmentaires dans 4 cas sur un ensemble de 42 qui ont fait l'objet de leurs recherches. Ils croient devoir distinguer deux variétés de corpuscules mobiles : ceux qui exécutent des mouvements ondulatoires à leur périphérie ; ceux qui sont pourvus de prolongements filamenteux agités par des mouvements de reptation. Il suffit d'ajouter une gouttelette d'eau à la préparation, pour voir immédiatement ces mouvements s'arrêter dans le champ du microscope. Sur des préparations sèches et colorées d'échantillons de sang qui renfermaient une très grande quantité de ces corpuscules à filaments mobiles, on ne découvrit plus que des corpuscules teints en bleu, à vacuole centrale pigmentaire, sans la moindre trace de prolongement ; *(f)* des agrégats de corpuscules hyalins, qui présentent parfois une vacuole centrale, et toujours un noyau formé par des granulations et des amas de pigment. Leurs dimensions sont celles d'un globule rouge, ou moindres ; parfois 4 ou 5 de ces agrégats confluent en une masse unique. *(g)* Enfin on découvre des corpuscules pigmentaires arrondis : les uns offrant une première trace de segmentation, les autres en voie de segmentation plus avancée ; d'autres, formés par une agglomération de petits corpuscules secondaires, issus d'une segmentation complète. Ces corpuscules ne sont pas doués de mouvements amèboïdes ; ils ressemblent à ceux que l'on trouve dans l'épaisseur des globules rouges.

Dans les formes graves de la malaria, MM. Marchiafava et Celli ont également découvert, dans le sang des malades, des globules blancs retenant dans leur masse des globules rouges pigmentaires, ainsi que des cellules endothéliales : les unes en état de dégénérescence prononcée, d'autres remplies d'amas pigmentaires. Nous passons sur un certain nombre de détails.

Abordant la question des relations de ces corpuscules pigmentaires contenus dans le sang des malades en proie à la malaria, avec le développement et l'évolution des accès de fièvre, les deux auteurs affirment que l'existence d'un pareil rapport était manifeste dans un certain nombre de cas. Déjà, dans un travail antérieur, ils avaient émis, à titre d'hypothèse très vraisemblable, l'opinion que les corpuscules non pigmentaires, découverts dans l'épaisseur des globules rouges *(b)*, étaient des parasites, qui, après avoir pénétré dans les hématies, désorganisent ces derniers. Les nouvelles recherches de MM. Marchiafava et Celli viennent à l'appui de cette présomption, en tant qu'elles ont fait découvrir que ces corpuscules sont doués de mouvements amèboïdes. Il y a tout lieu de croire que ces éléments parasitaires ne rentrent pas dans la catégorie des schizomycètes. Quant aux corpuscules avec filaments mobiles *(e)* décrits en premier lieu par Laveran, et aux corpuscules à mouvement ondulatoire périphérique *(e)* découverts par Marchiafava et Celli, il est non moins évident qu'il s'agit d'organismes parasitaires. Ils présentent la plus grande ressemblance avec le *paramecioïdes costatum* décrit par Grassi (Milano, 1882) et le *trypanosoma sanguinis* de Gruby, parasites protistes qu'on rencontre dans le sang de quelques batraciens, ainsi qu'ont pu s'en convaincre les deux observateurs italiens. Pour ce qui est des corpuscules en voie de segmentation *(f)* signalés plus haut et qui offrent le même aspect que ceux qu'on découvre dans l'épaisseur des globules rouges pendant le stade initial d'un accès de fièvre, ce sont peut-être des générations nouvelles d'éléments parasitaires ; mais c'est une question qui reste encore à élucider.

2° *Transmissibilité de la malaria.* — Pour obtenir la preuve de la transmissibilité de la malaria, Marchiafava et Celli ont injecté du sang provenant de malades en proie à l'infection palustre, à cinq autres malades atteints d'affections chroniques du système nerveux, mais n'ayant jamais subi les atteintes de la malaria (un seul excepté). L'opération était entourée de toutes les précautions destinées à assurer une antisepsie rigoureuse. Les injections étaient faites avec la seringue de Koch, préalablement stérilisée. La quantité maximum de sang injecté en une fois a été de 1 gramme. Pendant les 15 à 20 jours qui précédèrent l'injection, on avait eu soin de relever la température interne des sujets, qui s'étaient volontairement offerts à subir l'expérience, de façon à acquérir la preuve objective de l'absence de tout mouvement fébrile. Bien entendu que les malades qui fournissaient le sang destiné à ces inoculations étaient sevrés de quinine. On s'était assuré d'ailleurs qu'aucun d'eux n'avait eu la syphilis. Les résultats obtenus portent que chez trois des cinq sujets mis en expérience, les injections ont été suivies du développement d'accès typiques de fièvre palustre. Chez deux de ces malades, le type des accès a été identique à ce qu'il était chez les malades qui avaient fourni le sang utilisé pour l'injection. Chez un quatrième sujet,

l'injection a été suivie de plusieurs accès de fièvre à marche irrégulière, et qui ont cessé de se produire sans qu'on ait eu recours à un traitement quelconque. Enfin, le cinquième sujet a été pris de légers accès de fièvre quotidienne, sans frisson, sans sueurs, accès qui ont résisté à l'administration de fortes doses de sulfate de quinine, et qui se sont dissipés spontanément, après que le malade eut cessé de prendre de ce médicament.

Il est impossible de déduire des chiffres recueillis par les deux expérimentateurs, des données précises concernant la période d'incubation,

3° *Tentatives faites pour obtenir des cultures du sang infecté par le germe de la malaria.* — Ces tentatives n'ont pas abouti à des résultats satisfaisants. Les deux auteurs se bornent à dire que dans quelques cas, où le sang utilisé pour les ensemencements contenait en très grand nombre des globules rouges montrant les altérations caractéristiques de la malaria, les cultures sont restées absolument stériles. D'autres fois cependant les produits de culture présentaient les mêmes caractères morphologiques que les éléments et les corpuscules contenus dans le sang ensemencé. La multiplication de ces corpuscules ne laissait place à aucun doute. Comme milieu de culture, les deux expérimentateurs ont utilisé le serum sanguin coagulé, la gélatine-peptone au serum de chair musculaire, avec ou sans addition d'une solution d'agar-agar (1 0/0).

MM. Marchiafava et Celli se proposent de publier ultérieurement les résultats qu'ils comptent obtenir en ensemençant dans des milieux de culture appropriés, les germes en suspension dans l'air et des particules de terre provenant de localités où la malaria règne à l'état endémique.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

De la néphrite consécutive a l'épithéliome utérin, par M. le docteur Lancereaux, médecin de la Pitié.

M. Lancereaux a réuni dans ce travail 23 observations d'épithéliome du col de l'utérus (épithéliome pavimenteux), dans lesquelles l'autopsie a permis d'étudier les lésions primitives et secondaires produites par le néoplasme. Ces observations présentent les unes avec les autres la plus grande analogie et forment ainsi un groupe, un faisceau homogène qui prête à la synthèse de quelques phénomènes notés dans chacune d'elles. De ce nombre sont les troubles et les lésions qui surviennent du côté des reins.

Par suite de la propagation de l'épithéliome à la vessie et aux uretères, ces deux derniers conduits sont rétrécis à leur embouchure; l'urine, comme il arrive toujours au-dessus d'un rétrécissement, quel qu'en soit d'ailleurs la nature, distend et élargit l'uretère dont le calibre peut atteindre celui de l'intestin grêle; les bassinets et les calices, distendus et élargis dans la même proportion, forment au-dessous des reins de véritables poches liquides du volume d'une pomme ou d'un gros œuf. Quelles sont les conséquences immédiates ou éloignées de cette hydronéphrose? C'est ce que M. Lancereaux se propose plus particulièrement d'étudier dans son travail.

Quand l'obstruction des uretères est récente, les reins sont augmentés de volume; ils présentent une teinte vineuse, une consistance ferme; leur capsule se détache facilement et laisse voir une surface lisse, injectée par place.

Quand l'obstacle au cours des urines est de date plus ancienne, les reins diminuent de volume. Le sommet des pyramides est effacé par suite de la dilatation des bassinets et des calices; la capsule se détache facilement. La surface des reins est brillante, jaune saumon, lisse, et se distingue ainsi de la surface granuleuse qu'on observe dans la néphrite interstitielle primitive. La substance corticale, diminuée d'épaisseur, est ferme, lisse, jaunâtre; les pyramides, un peu violacées, sont indurées et quelquefois atrophiées. L'examen histologique montre que ces lésions résultent d'une sclérose diffuse, plus prononcée peut-être au sommet des pyramides, mais envahissant avec une grande régularité le parenchyme tout entier de l'organe.

Cette altération des reins entraîne presque fatalement des accidents urémiques. Sur les 23 observations de M. Lancereaux, l'urémie n'a fait défaut que cinq fois, et, dans trois de ces cas, la mort a eu lieu prématurément par hémorrhagie, d'où l'auteur conclut que l'urémie peut être considérée comme un symptôme constant et comme la cause habituelle de la mort dans le cancer de l'utérus. La forme la plus commune est celle qui affecte le tube digestif; puis viennent, par ordre de fréquence, la forme cérébrale et la forme respiratoire ou dyspnéique.

La néphrite consécutive à l'épithéliome utérin ne se distingue pas seulement de la néphrite interstitielle primitive par les lésions macroscopiques et les caractères histologiques dont nous venons d'énumérer les principaux, mais encore par un fait clinique d'une haute importance : l'absence d'hypertrophie cardiaque. Sur les 23 observations recueillies par M. Lancereaux, vingt fois, en effet, le cœur a été trouvé normal ou petit et diminué de poids; trois fois il était augmenté de volume, mais dans ces trois cas d'autres lésions, telles qu'une dilatation de l'aorte, une endocardite scléreuse ancienne, etc., pouvaient, aussi bien et mieux que la néphrite, rendre compte de l'hypertrophie cardiaque. M. Lancereaux conclut fort légitimement de ces faits que l'hypertrophie cardiaque, dans la néphrite interstitielle primitive, est subordonnée non à la lésion rénale, comme Traube et d'autres auteurs le pensent, mais à l'altération du système artériel.

Tels sont les points principaux qui ressortent de cette intéressante brochure, empreinte, du commencement à la fin, du sens clinique qui caractérise le savant médecin de la Pitié.

Dr F. de Ranse.

REVUE DES THÈSES

Pathologie mentale

Études cliniques sur les aliénés dangereux dits criminels, par le docteur Louis Jean. — Thèse de Paris, 1885.

Étude clinique pleine d'intérêt sur les aliénés dits criminels, où l'on sent poindre, sous l'originalité propre de l'auteur, l'heureuse influence de son maître, le docteur Doutrebent.

Interne à l'asile des aliénés de Blois, M. Jean a recherché parmi les six cents malades qui constituaient la population des deux dernières années les individus manifestement dangereux, ayant commis des actes criminels soit avant, soit

après l'internement, et il en a tracé avec soin l'observation, ce qui l'a conduit à des conclusions d'ensemble et de détail assez curieuses et assez neuves.

Le chiffre de ces observations s'élève à dix-neuf, ce qui donne une proportion de trois aliénés dits criminels sur cent malades.

Relativement à la forme d'aliénation mentale, on trouve : 1° persécutés alcooliques, 11; 2° persécutés simples, 4; 3° folie à double forme, 2; 4° folie à deux, 1; 5° épilepsie par malformation crânienne, 1; 6° épilepsie larvée, 1; 7° folie morale, 1; 8° imbécilité congénitale, 1; 9° simulateur, 1. Quatre malades alcooliques figurent à la fois sous deux rubriques différentes dans ce tableau, ce qui explique l'augmentation du nombre total.

Cette statistique est des plus intéressantes, mais il est regrettable que l'auteur, pour la rendre plus évidente encore, n'ait pas classé de même les six cents malades qu'il a examinés d'après la forme de leur maladie mentale.

Quoi qu'il en soit, c'est le délire de persécution qui a fourni la plus grande proportion des aliénés dits criminels, principalement lorsque l'alcool lui a apporté son contingent. Sur dix-neuf malades, en effet, douze sont des persécutés, dont quatre seulement n'ont jamais fait d'excès alcooliques.

L'influence héréditaire que l'on rencontre si fréquemment chez les aliénés a été constatée ici neuf fois d'une façon irrécusable, sans compter les cas plus ou moins douteux, ce qui donne une proportion d'environ cinquante pour cent.

Les malformations crâniennes grossières appréciables à première vue ont été rencontrées six fois, soit par conséquent dans le tiers des cas. L'examen des indices céphaliques fait sur neuf des malades a permis de classer leurs crânes de la façon suivante : six brachicéphales, un sous-brachicéphale, un mésaticéphale et un sous-dolicocéphale.

Parmi les sujets observés, il existait dix-sept hommes et seulement deux femmes, bien que le nombre des aliénées femmes fut, dans l'asile, de beaucoup supérieur à celui des hommes. Il est facile de voir que cela tient surtout à ce que chez la femme, dans les pays agricoles, on trouve rarement la folie alcoolique, source très fréquente d'actes violents et délictueux.

Relativement au pronostic, onze malades sont absolument incurables, six sont sortis guéris ou améliorés, cinq sont sortis une première fois et sont encore séquestrés aujourd'hui, deux ont été internés à plusieurs reprises et sont actuellement en liberté, y comprie un criminel reconnu non-aliéné, responsable de ses actes; enfin un seul est mort.

Les impulsions subites ont été notées neuf fois. Les tentatives avec préméditation se sont rencontrées aussi neuf fois.

Enfin, en ce qui concerne la nature même de l'acte impulsif, quatre malades ont fait des tentatives de meurtre, dont un dans l'asile même, à trois reprises différentes (ce dernier malade a un cousin également aliéné criminel); trois se sont rendus coupables de vols; deux avaient subi des condamnations pour vagabondage; deux ont été amenés devant les tribunaux pour outrages, sévices et rébellion contre les agents de l'autorité; trois peuvent être regardés comme incendiaires; trois ont commis des attentats à la pudeur et n'ont pas reculé devant le crime pour satisfaire leurs impulsions érotiques; deux ont eu en même temps des impulsions : suicides et homicides; une enfin a cherché à faire dérailler des trains sur une voie ferrée à trois reprises différentes.

Comme conclusion à ces intéressantes recherches, M. Jean termine en se ralliant aux mesures proposées dans le nouveau projet de loi vis-à-vis des aliénés dits criminels, c'est-à-dire à la création d'un asile spécial d'État pour cette catégorie de malades, réglementé par des dispositions particulières. Par ce moyen, pense-t-il, la société sera efficacement protégée contre les aliénés dits criminels, et la responsabilité des médecins sera partagée avec le pouvoir judiciaire.

Dr E. RÉGIS.

ATTITUDES VICIEUSES DU PIED DANS LES FRACTURES DE JAMBE, par B.-L. BOURTBOUMIEU. — Th. de Paris, 1885.

Consécutivement aux fractures de jambe, le pied peut prendre des attitudes qui rentrent dans la catégorie des pieds-bots accidentels : équin, si la solution de continuité siégeait à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, surtout lorsqu'une contention insuffisante a permis la libre rétraction du tendon d'Achille; valgus, si la lésion était bi-malléolaire, avec grandes difficultés pour le maintien de la réduction; varus, si le tibia seul a été trouvé rompu, avec chevauchement des fragments.

Ces déviations primitives, dues à la cause fracturante, sont susceptibles d'être exagérées, ou du moins maintenues, par la rétraction musculaire et par l'arthrite tibio-tarsienne qui accompagnent si souvent les complications articulaires des fractures. Les accidents survenant du côté du cal, tels que longueur de la consolidation, ramollissement, inflexion, résorption, agissent dans le même sens. Ils paraîtraient dus, au contraire, chez les enfants, à un travail régénératif exagéré.

C'est au point de la marche et de la station, les conditions d'équilibre du membre inférieur étant détruites, que le pronostic est généralement grave. Aussi doit-on tout tenter pour réduire les attitudes vicieuses primitives et maintenir ensuite solidement le pied dans la position voulue. On emploiera dans ce but un appareil spécialement adapté au genre de déviation, et dont l'attelle de Dupuytren est le type; plus tard, on immobilisera la jambe et le pied dans le plâtre.

Si ces moyens sont insuffisants, il convient d'avoir recours à l'orthopédie en cas de difformité légère, et à la cure radicale dans les cas plus graves : ténotomie, redresssement du cal, ostéotomie.

CH. AMAT.

BULLETIN

LE LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE A LA NOUVELLE ÉCOLE PRATIQUE.

Beaucoup d'étudiants et même pas mal de médecins ignorent certainement que, depuis un mois, rue de l'École-de-Médecine, au milieu des décombres et des plâtras de toute espèce, fonctionne un laboratoire de bactériologie assez bien organisé pour exciter l'envie des meilleures universités allemandes, et je dois à la vérité de le dire sans flatterie, fort bien dirigé.

Sous l'inspiration et la direction du professeur Cornil, un de ses préparateurs, le docteur Chantemesse, est parvenu, grâce à une ténacité et à une volonté dont nous ne saurions

trop faire l'éloge, à établir le premier laboratoire officiel de bactériologie. Jusqu'ici on ne pouvait se mettre au courant de cette science devenue indispensable à tout médecin quelque peu soucieux de savoir, que grâce à la bienveillance de M. Pasteur ou de l'un de ses élèves. Ne pouvant suffire à toutes les demandes, ils étaient dans l'obligation de n'accepter qu'un tout petit nombre d'élus, et le professeur Cornil ne pouvait de son côté, rue Vauquelin, donner asile qu'à bien peu d'élèves. Enfin on manquait non seulement de place, mais l'installation spéciale, les appareils les plus élémentaires, faisaient absolument défaut. Si on s'était résigné à attendre le bon vouloir des architectes de l'École pratique, on aurait couru le risque de ne pas voir de bien longtemps le moindre microbe. Tout est bien qui finit bien, et grâce, ainsi que nous le disions, à l'énergie du professeur d'anatomie pathologique et de son chef de laboratoire, nous pouvons nous déclarer, pour l'instant du moins, à peu près satisfaits.

Après ce préambule un peu long, mais nécessaire, nous ne pouvons mieux faire, pour renseigner le lecteur sur l'état actuel du laboratoire de bactériologie, que de l'y conduire avec nous.

Dans une première salle, très grande, très bien aérée, très bien éclairée, seize élèves, médecins, internes, étudiants, travaillent sous la direction du docteur Chantemesse et de M. Clado, moniteur.

Chacun d'eux possède sa table, son bec de Bunsen, un placard contenant tous les instruments dont il aura à faire usage. De ces instruments, les uns sont fournis par le laboratoire, les autres sont achetés par l'élève, qui peut ainsi emporter les collections qu'il va faire pendant la durée du cours. Le reste de la salle est rempli par les appareils (étuves, fourneaux, etc.), communs à tous les étudiants.

A cette première salle succède une série de petites pièces destinées à recevoir les cultures sur gélatine ou sur pommes de terre, ou sur un milieu quelconque, exposées à des températures diverses.

L'une de ces salles est consacrée au nettoyage de la verrerie et des appareils, à la stérilisation des tubes, à leur préparation. C'est là également que se trouvent les mêmes objets que le garçon met à la disposition du laboratoire.

Les deux salles du fond sont réservées, l'une au moniteur et aux deux ou trois élèves qui voudraient se livrer à des études spéciales, l'autre au chef du laboratoire, M. Chantemesse, qui y prépare les matériaux à livrer aux élèves ou les milieux de culture, tels que le sérum, exigeant beaucoup de temps et de soins.

Voilà pour l'installation : reste l'éducation. M. Chantemesse a passé, à deux reprises différentes, plusieurs mois en Allemagne. Il a pu même aborder le farouche Koch. Il est avant tout d'ailleurs élève de M. Pasteur ou tout au moins de ses fidèles lieutenants. Enfin, depuis plusieurs années, il s'exerce à l'enseignement aussi bien théorique que pratique, dans le laboratoire et sous la direction de M. Cornil.

Il veut arriver, et il arrive, en six semaines de démonstrations, à mettre les élèves qui fréquentent le laboratoire au courant des méthodes élémentaires mais fondamentales de la bactériologie.

Parmi ceux qu'il instruit, les uns, désirant tout simplement connaître les choses pratiques, sortent après la durée du cours aussi renseignés qu'ils pouvaient le désirer. Quant à ceux qui veulent faire de la bactériologie une étude plus approfondie, ils peuvent facilement, grâce aux principes qu'ils ont reçus et aux conseils qui leur sont continués autant qu'ils le désirent, compléter leur instruction et couronner au besoin leurs travaux, par l'étude approfondie de la maladie virulente qui a pu les séduire.

On ne peut guère, pour un début, trouver quelque chose de plus parfait au point de vue de l'organisation. Aussi l'espace deviendra bientôt par trop restreint, et, bien que grâce à la rapidité de l'enseignement, on puisse prendre chaque année plusieurs séries d'élèves, il est certain que, dès maintenant, on sera encore forcé de faire une sélection.

Chaque semaine, M. Chantemesse fait trois leçons théoriques. A chacune de ses leçons succèdent des exercices pratiques : cultures, inoculations, autopsies, qui sont tour à tour répétées par chacun des assistants. Le reste de la journée est consacré à la coloration et à l'examen au microscope de tous les micro-organismes qui ont fait le sujet de la leçon.

Les études portent principalement sur les microbes pathogènes : on apprend successivement à les reconnaître et à les cultiver, à les isoler, et, quand la chose est possible, à les atténuer. On a enfin compris qu'il était nécessaire de pouvoir lutter avec avantage contre les universités allemandes, et l'on ne peut faire, à cette première installation, qu'un seul reproche, bien doux d'ailleurs et bien facile à éviter : un excès de luxe dans les moindres détails. On aurait pu certainement, avec moins d'argent, faire plus et aussi confortable. Il serait ridicule de tout demander à la fois. L'impulsion est donnée. Chaque professeur peut choisir dans cet immense bâtiment de la rue de l'École-de-Médecine, tel local qui lui conviendra et l'installer à son gré. On ne peut, pour l'instant, demander plus ni moins. Nous considérons comme un devoir de remercier ici de ces réformes tous ceux qui y ont contribué.

A. FLORAND.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Denis-Dumont, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Caen et chirurgien en chef de l'hôpital de cette ville, décédé à Sartainville (Manche); — de M. le docteur Rovillain, vice-président de l'Association des médecins de la Somme, décédé à Camon, le 30 mai 1886, dans sa soixante-treizième année; — de M. le docteur Jules Magaud (de Lyon); — de M. le docteur Ferrier (de Pauillac); — de M. le docteur Rhodes (de Murat), décédé à l'âge de 86 ans; — de M. le docteur A.-M. Pélicot, ancien chirurgien des armées navales sous Napoléon, décédé à Saillans, à l'âge de 97 ans; — de M. le docteur Cruvellier, directeur de l'Asile d'aliénés du Pont-Saint-Côme, à Montpellier; — de M. Vaillant, médecin à Méaulte (Somme), décédé à l'âge de 85 ans; — de M. Vasseur, médecin à Boves (Somme); — de M. le professeur Auspitz, de Vienne, syphiligraphe et dermatologiste éminent.

**

ACADÉMIE DES SCIENCES. — La prochaine séance de l'Académie n'aura pas lieu le lundi de la Pentecôte et sera remise au lendemain mardi.

*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Gley, docteur en médecine, préparateur des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, est chargé, en outre, des fonctions de chef

du laboratoire des cliniques de ladite Faculté, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Bochefontaine, décédé.

MM. Polaillon et Marc Sée, agrégés libres de la Faculté de médecine de Paris, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours actuel d'agrégation de médecine (section des sciences anatomiques et physiologiques).

MM. Bouchardat et Bourgoin, agrégés libres de la Faculté de médecine de Paris, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours actuel d'agrégation de médecine (section des sciences physiques).

— Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1885-1886 sera ouvert le mercredi 30 juin 1886. Il sera clos le mardi 20 juillet, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre suivant, de midi à trois heures :

1° Les inscriptions de première année les mercredi 30 juin, jeudi 1er, vendredi 2 et samedi 3 juillet 1886 ; 2° les inscriptions de deuxième année de doctorat les mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 juillet 1886 ; 3° les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième d'officiat, les jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, lundi 19 et mardi 20 juillet 1886.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Bard, agrégé, chef des travaux d'anatomie pathologique, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, d'un cours de médecine expérimentale et comparée à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Le Conseil municipal de la ville de Nancy vient d'accepter la subvention de 500,000 francs offerte par le gouvernement et de voter une somme de 300,00 fr., pour la création d'un Institut anatomique et d'un Institut chimique.

L'Institut anatomique comporterait l'installation des services d'anatomie auprès du nouvel hôpital civil, où, probablement, on sera amené progressivement à transférer la plus grande partie de la Faculté de médecine, dont les locaux seraient consacrés à l'agrandissement des Facultés voisines, qui sont trop à l'étroit dans les bâtiments du palais de l'Académie.

L'Institut chimique aura surtout pour but de fournir des chimistes aux diverses branches de l'industrie et notamment à celles qui sont si largement représentées dans la région. En Allemagne, il y a beaucoup d'institutions analogues.

*

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — Par décret du 29 mai, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à cette École, a été transformée en chaire de clinique obstétricale et de gynécologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Par arrêté ministériel du 22 mai 1886, le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1886, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant à la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine de Grenoble, est reporté au 15 novembre 1887.

**

MUSÉUM. — M. le docteur Henri Gervais, aide-naturaliste, chef des travaux anatomiques, fera pendant les mois de juin et de juillet, dans les galeries d'anatomie comparée, des démonstrations d'ostéologie. Elles seront consacrées à l'étude du squelette des mammifères.

Ces démonstrations ont commencé, le jeudi, 10 juin 1886, à deux heures de l'après-midi, et continueront les mardis et les jeudis suivants à la même heure.

— M. Bernard Renault, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, a fait, dans l'amphithéâtre de géologie, le jeudi 10 juin, à une heure de l'après-midi, une leçon sur l'organisation comparée des tiges équisétiformes. Une autre leçon aura lieu jeudi 17 juin.

ÉCOLE DES HAUTES-ÉTUDES. — Le laboratoire de zoologie marine de Cette, dirigé par M. Sabatier, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier, est rattaché à l'École pratique des Hautes-Études (section des sciences naturelles).

***

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle, en date du 31 mai 1886, M. Blanche, médecin-major de première classe au 3e régiment de tirailleurs algériens, est désigné pour le 16e d'infanterie, par permutation avec M. Charier, médecin dudit grade.

— Par décret, en date du 28 mai 1886, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale (gouvernement militaire de Paris) :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Fanny, Martin, Andrey, Brocchi, Neyreneuf, Laurans, Mérijot, Piéchaud, de Montfumat, Venet, Rémond, Lecoconnier, Filleau, Tison, Le Pileur, Barlemont, Chautemps, Courtaux, Piquantin, Brochin et Pillenet.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Guérin, pharmacien aide-major de première classe.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Allender, Jolly et Dautreville.

— Par décision ministérielle, en date du 27 mai 1886, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Senut, pour l'hôpital militaire de Bordeaux ; Paloque, pour le 136e d'infanterie ; Bachelet, pour le 144e d'infanterie ; Magdelaine, pour le 128e d'infanterie ;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bienvenue, pour les hôpitaux militaires de Tunisie ; Franck, pour le 3e cuirassiers ; Vercoutre, maintenu aux hôpitaux militaires de la Tunisie ; Bayard, pour le service de la place de Paris (bataillon du 25e d'infanterie) ; Guillemot, pour le 41e d'infanterie ; Deschamps, pour le 13e dragons ; Martin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Famechon, pour le 104e d'infanterie ; Bercher, pour le 35e d'infanterie ; Zimmermann, pour les hôpitaux militaires de Tunisie ; Hornus, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Dreyfus, pour le service de la place de Paris (bataillon du 19e d'infanterie) ; Derouet, pour le 135e d'infanterie ;

MM. les médecins aides-majors de première classe Baur, pour l'école des enfants de troupe de Rambouillet ; Piot, pour le 8e cuirassiers ; Jacquemin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Bordes-Pagès, pour le 15e d'infanterie ;

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Privat, pour le 1er pontonniers ; Trilhe, pour le 3e d'artillerie ;

M. le pharmacien aide-major de première classe Barthe, pour l'hôpital militaire de Marseille.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 30 MAI AU SAMEDI 5 JUIN 1886

Fièvre typhoïde 14. — Variole 6. — Rougeole 27. — Scarlatine 16. — Coqueluche 11. — Diphtérie, croup 22. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 9. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 187. — Autres tuberculoses 31. — Autres affections générales 63. — Malformation et débilité des âges extrêmes 42. — Bronchite aiguë 25. — Pneumonie 80. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 48. — au sein et mixte 28. — Inconnu 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 90. — de l'appareil circulatoire 63. — de l'appareil respiratoire 74. — de l'appareil digestif 47. — de l'appareil génito-urinaire 30. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 2. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non

définies 0. — Morts violentes 36. — Causes non classées 16. — Total de la semaine : 1023 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Dictionnaire annuel des progrès des Sciences et Institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par P. Garnier, médecin de l'Asile de Bon-Secours. 21e année 1886. Un fort vol. in-12 de 600 pages. — Prix : 7 fr.

Cet ouvrage est nécessaire à tous les praticiens et leur donne un résumé des progrès de la science médicale, dont les éléments se trouvent dispersés dans les journaux médicaux. La collection de ses 21 années constitue une véritable Histoire moderne de la médecine. Paris — Librairie Félix Alcan, succ. de Germer-Baillière et Cie.

Manuel d'hydrothérapie, par le docteur Paul Delmas, inspecteur du service hydrothérapique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, etc. Un joli volume cartonné diamant de 600 pages, avec 39 figures, 9 tableaux graphiques et 60 tracés sphygmographiques. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Manuel de gynécologie, par les docteurs Hart et Barbour, ouvrage traduit sur la deuxième édition par le docteur Crouzat, avec une préface par le docteur P. Budrin. Un volume in-8, avec 400 figures intercalées dans le texte et 9 planches. — Prix : 14 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE ;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 35, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE DE L'ENFANCE

OXYCRASIE. — ATHREPSIE, par M. le docteur J. GAUBE (du Gers).

Depuis que notre attention a été éveillée par le résultat de l'analyse des urines de l'enfant de Br... (voir GAZETTE MÉDICALE, numéro du 6 juin 1885), nous avons eu soin d'analyser les urines de tous les athrepsiques peu ou sérieusement atteints qui se sont présentés à notre observation. Nous nous sommes entouré de toutes les garanties possibles pour éviter les causes d'erreur; nous avons fait contrôler notre travail par des mains exercées, et, chaque fois nous avons trouvé du sucre dans les urines des petits malades : la dose a varié de 1 à 5 grammes par litre d'urine.

Lorsque nous avons constaté pour la première fois une matière sucrée dans les urines des tout jeunes enfants atteints d'athrepsie, nous avons pensé que nous étions en présence de la lactose. Nous connaissions des expériences de Cl. Bernard sur la richesse glycogénique des nouveau-nés ; mais, à cause de certains caractères des réactions avec la liqueur cupro-sodo-potassique et aussi de l'altération du milieu digestif dans lequel les ferments diastatiques ne pouvaient que difficilement exercer leur action, nous avons cru que le corps réducteur était un sucre différent de la glycose. Les expériences optiques que nous avons faites ne nous ont pas donné des résultats assez nets pour nous permettre de porter un jugement précis. Quoi qu'il en soit, le fait acquis persiste intact ; son importance clinique domine de beaucoup l'intérêt théorique ou hypothétique de la nature et de la formation de la substance sucrée.

A l'état naturel, l'urine des enfants nourris au sein est claire, incolore, inodore, à peine acide, peu dense ; la quantité d'urée qui va en diminuant à partir de la naissance, varie considérablement chez chaque enfant. Il est impossible d'établir une moyenne raisonnable sur des écarts qui peuvent aller de 50 centigrammes à 3 ou 4 grammes ; elle n'affecte aucun des réactifs communément employés pour l'analyse des urines pathologiques.

Dans les mêmes conditions, les fèces des enfants sont jaunes, homogènes, neutres ou très légèrement alcalines. Nous dirons ailleurs quelles sont les suppléances qui s'établissent entre les reins et l'intestin pour l'élimination de certains produits uréiques.

Toutefois, nous voulons essayer d'éclairer un des côtés de cet état pathologique complexe dénommé *athrepsie*. L'athrepsie n'est pas seulement une maladie accidentelle née de circonstances et dans des milieux malfaisants ; elle est, et surtout une dystrophie originelle que nous appellerons, pour la mieux caractériser, *oxycrasie*. Les enfants le plus aptes à devenir athreptiques sont issus de parents arthrisiques ou

FEUILLETON

DES ERREURS EN BIOGRAPHIE MÉDICALE A PROPOS DE LA VIE DE GEORGES BAGLIVI (8 septembre 1668 — 17 juin 1707).

Suite et fin. — Voir les numéros 8, 9, 14 et 17.

Baglivi était comme la plupart des médecins de son siècle (suivant en cela l'exemple de Guy Patin et de Gabriel Naudé eux-mêmes) : après une assertion pouvant être taxée d'hérétique, après la moindre page sentant le fagot, ils se hâtaient d'affirmer leur dévouement aux doctrines orthodoxes. Ainsi, tout en paraissant incliner à l'opinion de Galilée, Baglivi (1), dès qu'il a signalé l'enseignement de l'Ecole de Bourgogne (Scholæ Burgundiæ) sur le mouvement de la terre, s'empresse d'ajouter que la croyance à ce mouvement est condamnée par l'Eglise Romaine, à laquelle lui, Baglivi, se soumet, *étant prêt même à verser tout son sang, si l'occasion s'en présente, pour la défense de ses doctrines* (pro eâque, sanguinem, si occasio dabitur, effundam).

Presque à chaque page des ouvrages de Baglivi, sous l'œuvre on voit et on sent vivre l'homme. Ici il se montre indigné de ce qu'il puisse y avoir des médecins qui osent écrire sur la médecine dans leur idiome national, dans une langue vulgaire « La langue romaine, ajoute-t-il, doit être la langue de la République médicale aussi bien que celle de la République des lettres (1) ».

Là, Baglivi fait l'éloge des vivisections. Esprit ouvert et avant tout désireux de faire avancer la science, il confesse hautement que toutes les bonnes découvertes anatomiques qui avaient été faites en Italie et au-delà des Alpes étaient dues à l'immolation d'animaux (2).

Ailleurs, nous trouvons des indications (3) sur l'enseignement de

(1) *De vegetatione Lapidum*, édit. Pinel. T. II, p. 160.

(1) « Reipublicæ medicæ et litterariæ lingua Romana esto ! Per eam jura dicuntor in medicinâ, et populi arcentor à scientiarum mysteriis Quid Gallicâ, quid Anglicâ, quid Germanicâ linguâ medicina sacra in vulgus proferre juvat ? » T. I, p. 531.

(2) T. II, p. 373.

(3) T. II, p. 52.

herpétiqnes, disons, pour être plus vrai, de parents uraturiqnes on oxaluriqnss. Il y a pen de points dans l'histoire pathologique de l'hnmanité sur lesquels l'hérédité acquise pèse d'un plus grand poids. L'athrepsie, on mieux l'oxycrasie, se manifeste qnelqnefois dès les premiers jours de la naissance; elle débute par une acidité marquée des urines, une diminution de l'urée, une dyspepsie intestinale, qui peut précéder de très peu, mais qui précède constamment les vomisements presque toujours réflexes. La dyspepsie intestinale provient, quelle que soit la nature de l'alimentation, d'une adultération et d'une sécrétion trop abondante des acides de l'estomac; la bile ne parvient pas à les neutraliser. Ainsi se trouvent tronhlées, dévoyées, les digestions intestinales; à ce moment se montrent dans les urines des nrates, de l'acide urique en excès, hientôt suivis d'une glucoside dont la présence indique un état de vie fort compromis. Cependant qne les eymptômes apparaissent plus graves, l'oligurie survient et avec elle s'accumulent dans le sang, en même temps que notre matière sucrée, d'antres éléments nocifs résultant de la fermentation butyrique.

Il semblerait résulter de l'observation des athrepsiques que les accidents oxycrasiques seraient sous la dépendance de la manvaise direction donnée à l'alimentation dès le déhut de la vie; il n'en est rien. Nous pourrions citer notamment le cas de deux enfants nés dans d'excellentes conditions eociales, nourris par leurs mères qui sont de honnes nourrices, frappés eans cause counue, d'athrepsie grave; la mère et la grand mère de l'un sont uraturiqnes; la mère de l'autre est uraturique; son grand père maternel est tonr à tour uratnrique, oxalurique, glycosurique (Méhu). L'acidité du milieu intérieur joue un rôle capital dans la production des accidents athrepsiques. Il est clair que cette acidité est relative; par exemple, l'acidité même continue dn milieu digestif ne suffit pas à développer l'athrepsie, si les urines demeurent très légèrement acides. Nous faisons constater chaque jour, depuis plusieurs mois, à l'aide du papier de tournesol, chez le sujet de notre première observation, l'état d'acidité des fèces et des urines; les fèces sont souvent acides, mais les urines restent d'une acidité faible; dès que l'acidité des urines augmente, sous une influence quelconque, provenant du milieu ambiant, aussitôt l'enfant dépérit, son poids diminue. Il y a là une question de mesure; seulement les enfants, dont les sslles sont acides, restent sans cesse menacés d'accidents graves de dénntrition, capables, à chaque inetant, d'entraîner la mort. En effet, jusqu'à l'âge de deux ans, un peu plus tôt, un peu plus tard, le milien intérieur de l'enfant est pour ainsi dire nentre; c'est graduellement, avec la dentition, avec le développement, avec les fonctions de relation, que s'accusent les caractères des liquides de l'économie. Chaque fois que cette neutralité se tronve rompne, et elle l'est d'une façon générale en faveur de l'acidité, les conditions naturelles de la vie sont changées et l'enfant périclite.

L'oxycrasie reconnaît trois causes principales : 1° l'hérédité; 2° les changements hrusques dans les milieux amhiants; 3° la mauvaise qualité dee aliments. Parmi ces canses, les deux dernières ont été, depuis les savantes leçons de Parrot, parfaitement déterminées; la première a été, si nous ne nous trompons, méconnue ou complétement négligée. L'observation suivante permettra de reconnaître la puissance de l'hérédité dans l'oxycrasie, au lendemain de la naissance.

L'enfant M... est né le 19 novembre, à 11 henres et demie du matin; il a été mis an sein de la mère vingt-quatre heures après sa naissance. Il n'a rien pris qu'une quantité insignifiante d'eau légèrement sucrée, additionnée d'un peu d'eau de fleurs d'oranger.

Le 21, eon haleine est odorante; les fèces sont acides.

Le 22, trente-six heures après la naissance, nous constatons que les fèces sont glaireuses, verdâtres, acides; l'enfant crie, paraît souffrant, se précipite sur le sein et l'eau sucrée avec avidité, comme s'il était très altéré. Les nrines, recueillies dans une petite tasse, sont jumenteuses, denses, acides; elles laissent déposer par le repos des cristaux volumineux d'acide urique; elles sont chargées d'urates. Les cristanx d'acide oxalique y sont nombreux; les urines contiennent des traces d'alhumine; elles réduisent à peine nne minime quantité de liqneur de Fehling.

Le 25, les fèces sont verdâtres, acides; l'urine est acide. Elle est peu colorée, ne laisse pae déposer de matière cristalline par le repos; elle réduit franchement la liqueur de Fehling. Dans cette observation, la série des transformations, que nous avons souvent rencontrée chez l'adulte, s'est développée en peu d'heures. Ainsi, le 22, trois jours après la naissance, uraturie, oxalurie; réduction à peine sensible de la liqueur cupro-sodo-potassique. Trois jours après, le 25, réduc-

---

la Botanique à l'archi-lycée de Rome. Le professeur J.-B. Triomfetti y avait installé un jardin des Plantes (Hortum medicum) sans pareil, où il avait eu la gloire de réunir plus de six mille plantes, la plupart exotiques, venant des Indes, de l'Afrique et de l'Orient, plantes que le professeur s'était procurées souvent à grands frais.

Il y a tantôt deux siècles, les autopsies n'étaient pas rares à Rome, surtout dans les hautes classes de la Société. Nous savons déjà que Baglivi avait fait l'autopsie de Malpighi. Il parle encore dans ses œuvres de l'autopsie du cardinal Norisius, son propre ami, mort le 23 février 1704, année non moins (1) mémorable que l'année 1703, qui vit de grands tremblements de terre et de grandes fêtes publiques organisées à l'occasion de la découverte de la colonie Antonine. Le cardinal Norisius, d'une érudition étonnante, surtout dans les choses de l'antiquité (*stupendæ, potissimum in re antiquariâ, eruditionis*), aimait et protégeait beaucoup Baglivi, qu'il avait vu pour la première fois à Florence (2).

(1) T. II, p. 247.
(2) C'est au cardioal Norisius que Baglivi avait dédié son mémoire : *De usu et abusu vesicantium*.

A Rome, où il le revit, il put l'apprécier bien plus encore, et Baglivi le lui rendait bien. Son autopsie fit trouver dans la cavité abdominale environ soixante livres de liquide séreux, les intestins étaient très foncés. Denx ans après, Baglivi avait encore à faire l'autopsie d'un autre cardinal, Célestin Sfondrato, mort le 4 septembre 1706.

En 1703, Baglivi nous apprend que des statues de marbre vinrent compléter celles qu'Alexandre VII avait fait placer dans la Basilique de Saint-Pierre (1). Partout, à chaque instant, et alors même qu'on s'y attend le moins, Baglivi fournit des renseignements sur les faits les plus divers et souvent les plus étrangers à la médecine.

Par une lecture attentive des œuvres de Baglivi, on pourrait reconstituer l'ordre de ses pérégrinations à travers les villes savantes de l'Italie. Au mois de juillet 1685, Baglivi était à Naples(2); au mois de mars 1687, âgé de 18 ans et demi, Baglivi était aussi

(1) T. II, p. 275.
(2) T. II, p. 375.

tion franche de la liqueur d'essai des glucoses; très peu de sels urinaires. La mère, le grand-père, la grand'mère, maternels, sont arthritiques. Cet enfant est né frappé d'oxycrasie; il est aujourd'hui guéri.

Nous ne multiplierons pas les observations. Ce serait fastidieux, car elles se ressemblent toutes; leur différence réside dans la quantité des éléments catalytiques. En voici deux autres:

L'enfant P..., âgé de 5 mois, est atteint d'un eczéma en divers points du corps, depuis l'âge de trois semaines environ; il est élevé au sein. La mère a 30 ans et jouit d'une bonne santé; le grand-père maternel est âgé de 76 ans et se porte bien; la grand'mère maternelle, goutteuse, est morte à 73 ans; le père a 43 ans; il est arthritique; le grand'père paternel est goutteux; la grand'mère est asthmatique, eczémateuse. Depuis deux mois, l'enfant a une diarrhée verdâtre, que les parents attribuent à l'évolution des dents. Hier, il a été pris de diarrhée verte et de vomissements, avec refroidissement des extrémités. Les yeux sont caves, le regard mal assuré; râles sibilants dans les bronches.

Les fèces sont acides, les urines aussi; elles sont inodores, incolores, de faible densité; elles réduisent franchement la liqueur de Fehling. Elles contiennent 3 gr. 390 d'urée par litre. Nous ferons remarquer que cette observation démontre la préexistence de la diarrhée sur les vomissements; que les accidents sont devenus graves au moment où l'urine était acide. L'enfant est en voie de guérison.

L'enfant M..., rue P., est âgée de 15 jours; sa mère l'a allaitée pendant sept jours, puis elle l'a confiée à une nourrice à demeure. L'enfant est petite, chétive; elle a des garde-robes assez rares, mais vertes, acides. Son haleine est repoussante. Erythème de la face interne des cuisses. Elle a par intervalle des soubresauts qui viennent sans doute de coliques; elle est dans une sorte d'assoupissement que les secousses, les excitations de la peau, surmontent avec peine. Elle ne vomit pas; les urines sont rares; elles sont acides, jumenteuses, chargées d'urates. Essayées au diabétomètre et à l'instrument de Wild, les résultats ont été confus; nous avons été obligé de trop diluer la substance, à cause de sa petite quantité. Ce corps est dextrogyre. Traité par la liqueur de Poggiale et par la liqueur de Fehling, il réduit les liqueurs dans des proportions qui font admettre de 4 gr. 95 à 5 gr. de matière sucrée par litre.

La mère de l'enfant est âgée de 30 ans et s'est toujours bien portée. Le grand-père maternel est mort à 63 ans, asthmatique; la grand'mère maternelle est âgée de 55 ans et se porte bien, ainsi que deux sœurs de la mère; le père de la grand'mère est mort d'une affection de la moelle épinière; la mère de la grand'mère est morte à 78 ans d'une maladie indéterminée; le bisaïeul paternel est mort accidentellement à 75 ans; la bisaïeule paternelle est morte à 69 ans, elle était asthmatique; les oncles et tantes des aïeuls, tant paternels que maternels, vivent et se portent bien. Le père, âgé de 27 ans, est arthritique; le bisaïeul maternel est mort à 84 ans; la bisaïeule à 40 ans. Les grands parents paternels vivent encore, ainsi qu'un frère et une sœur du père, et jouissent d'une bonne santé.

Nous voyons, dans cette observation, l'absence presque complète des réflexes; comme conséquence, les vomissements et la fréquence des garde-robes font défaut, malgré l'altération profonde de la nutrition. La glucosurie urinaire chez les athrepsiques est intermittente, comme peuvent l'être les causes qui lui ont donné naissance. Il n'est pas rare de rencontrer du sucre dans l'urine du matin et de n'en point trouver dans celle de l'après-midi; réciproquement, les urines de la soirée seront sucrées et celles du matin ne le seront point. Il se passera un jour, quarante-huit heures même, sans que la liqueur de Fehling révèle la moindre trace de sucre; survienne une perturbation atmosphérique, un oubli dans les règles de l'alimentation ou de l'hygiène, le sucre reparaît et l'enfant empire. Ce qui différencie essentiellement cette sorte de diabète du diabète ordinaire des enfants, c'est son intermittence, son état transitoire, la nature de la maladie à laquelle il est exclusivement lié et sa guérison par la disparition de celle-ci.

Le sous-nitrate de bismuth, le benzoate de soude, les eaux alcalines, les frictions avec le baume de Fioravanti sur le tégument externe, un régime approprié dont le lait doit être rigoureusement exclu chez les enfants qui ne prennent pas le sein, sont les moyens efficaces de traitement dans toutes les formes de l'oxycrasie.

à Naples (1), et il y était encore y étudiant la médecine (2), le 5 juin 1688, veille de la Pentecôte, jour où il y eut un grand tremblement de terre qui jeta l'épouvante dans toute la ville de Naples. Il semblerait même que Baglivi eut exercé la médecine à Naples, si l'on en croit un passage (t. II, p. 320) de son ouvrage sur la Tarentule: (Elapso decennio, dûm exercerem praxim Neapoli).

Au commencement de l'année 1691, nous retrouvons Baglivi à Padoue. C'est dans cette ville qu'il a vu soigner par Marchetti les ulcères à l'aide du feu (Patavii, curante Domino Marchetto). Quand Baglivi alla-t-il à Bologne? Nous l'ignorons. Cependant il fit dans cette ville des recherches originales, ainsi qu'en témoignent divers passages de sa dissertation sur l'expérimentation anatomo-pathologique chez les animaux (*de experimentis anatom. pract.*). Baglivi quitta Bologne en 1692 pour venir à Rome cette même année (t. II, p. 351).

Nous trouverions encore d'autres renseignements dans les lettres de Baglivi qui ont été conservées, tant celles adressées à Nicolas Andry, à Paris, que celles qui s'adressent à G. Harris, de Londres.

Nous y verrions encore que Philippe Hecquet, celui-là même que l'on prétend avoir servi de modèle à Le Sage pour le médecin Sangrado de Gil Blas, était l'ami et le correspondant de Baglivi. Mais nous n'en finirions pas. Il est temps de s'arrêter.

Après avoir précisé de notre mieux les diverses phases de la vie de Baglivi d'après les renseignements qu'il a fournis lui-même dans ses œuvres, nous revenons à notre point de départ, à la facilité avec laquelle les érudits de profession se laissent aller à donner des renseignements erronés sur un homme dont, ayant les œuvres entre les mains, ils pourraient parler en toute compétence.

Nous ne voudrions pas cependant que l'on put se méprendre sur nos intentions. Il n'est jamais entré dans notre esprit de vouloir condamner sans appel tous les hommes qui font métier d'érudition médicale. Nous n'avons eu l'intention que de prêcher une certaine défiance vis-à-vis de ceux qui ont semé et sément encore des erreurs à qui mieux mieux. Et dans le groupe de ces prétendus érudits nous formerions volontiers deux classes:

(1) T. II, p. 197.
(2) T. II, p. 179 et 189.

REMARQUES SUR LA GLYCOSURIE DES ATHREPSIQUES,
par ALBERT ROBIN.

Dans mes études sur l'urologie de l'athrepsie (1), j'ai signalé déjà la présence de la glycosnrie.

L'urine des athrepsiés, ai-je dit, réduit fréquemment la liqueur de Barreswill, mais il est indispensable de catégoriser ces réductions. Quelques-unes sont dues à l'acide urique en excès ; il en est qui sont produites par des extractifs de composition ternaire ; le sucre, enfin, détermine les autres.

Mais, en dehors de ces réductions, dont les caractères distinctifs sont assez nets pour ne laisser place à aucun doute, certaines urines précipitent parfois le réactif cupro-potassique à l'état de poussière dense, non floconneuse, et de couleur jaune verdâtre. La signification de ces précipités est encore douteuse, car la quantité soumise à l'analyse est trop faible pour que l'on puisse pratiquer des examens de contrôle. Mais l'aspect tout particulier de ces réductions, leur existence dans les cas où les malades vont avoir on bien ont eu du sucre dans l'urine, nous portent à admettre qu'elles sont très certainement produites par une très minime proportion de glycose. Néanmoins, pour ne rien préjuger, nous désignerons les précipités en question par la formule de *sucre douteux*.

Les athrepsiés ont du sucre dans l'urine dans plus d'un tiers des cas (2). Mais il n'est jamais très abondant, et d'une manière approximative, je ne crois pas qu'il dépasse 2 ou 4 grammes par litre.

J'ai étudié quelles étaient les circonstances qui coïncidaient avec la glycosurie, et d'après l'examen de mes observations, je me crois autorisé à établir les rapports suivants :

Les urines sucrées se montrent plus souvent dans l'athrepsie aiguë qu'avec celle à marche lente. Dans celle-ci, le sucre apparaît très irrégulièrement aussi bien dans les formes graves que chez les malades qui guérissent.

On le constate surtout quand les enfants sont inquiets, agités plus que de coutume, et quand le *cri de détresse* est incessant. D'autres fois, c'est avec la *cyanose* rapide ou avec l'*encéphalopathie urémique* que coïncide son apparition. Enfin, et d'une manière générale, la glycosurie existe chez les sujets dont la moyenne thermique est basse, mais son apparition coïncide presque toujours avec les températures les plus hautes de la série (1).

Dans les cas qui se sont accompagnés de glycosurie, j'ai toujours vu une stéatose des deux substances du rein et des cellules hépatiques à la périphérie des lobules.

(1) J. Parrot et Albert Robin. *Etudes cliniques sur l'urine des nouveau-nés dans l'athrepsie*. ARCH. GÉN. DE MÉDECINE, août et sept. 1876.

(2) Les 60 urines examinées se décomposent ainsi :

Athrepsie aiguë.	Sucre........	7	fois	= 15 urines
—	Sucre douteux	4	»	
—	Pas de sucre.	4	»	
Athrepsie chronique.	Sucre........	3	fois	= 45 urines
—	Sucre douteux	10	»	
—	Pas de sucre.	32	»	

(1) Dans les observations de glycosuriques, la moyenne des températures a été de 36,6 ; dans celles des enfants qui n'ont pas eu de sucre, la moyenne a été de 37,5 ; mais, dans les premières observations, la température des jours où le sucre s'est montré s'est élevée à 37,1.

CHIRURGIE PRATIQUE

APPAREIL POUR LA DÉSINFECTION DES INSTRUMENTS CHIRURGICAUX ET DES OBJETS DE PANSEMENTS, par P. REUARU.

Des recherches commencées depuis un an nous ont appris que la désinfection des instruments de chirurgie et des objets de pansement ne peut s'obtenir d'une façon sûre et parfaite que *par la vapeur humide à 110-120°*.

Nous communiquerons prochainement à la Société de Chirurgie le détail de nos expériences sur ce sujet. Nous voulons seulement aujourd'hui décrire l'appareil qui nous paraît le plus convenable pour obtenir sûrement la stérilisation des instruments et des objets de pansement peuvant être contaminés par divers virus, et devenir ainsi la cause de redoutables complications chirurgicales.

L'appareil que nous avons fait construire par M. Wiesnegg et représenté dans le dessin ci-dessous est un autoclave, analogue à celui employé depuis fort longtemps dans les laboratoires pour les stérilisations.

Il se compose :

La première, composée de ceux qui, traitant de l'histoire générale de la médecine, peuvent être facilement excusés de n'avoir pas donné des dates précises ; car ils ne font qu'emprunter des renseignements.

La seconde classe, bien plus coupable, comprendrait les médecins qui, chargés d'écrire une biographie, ne peuvent être absous, d'abord de n'avoir pas constaté la divergence dans les auteurs, ou s'étant aperçu de ces divergences d'avoir passé outre, mettant leurs affirmations au hasard. — Ah ! combien d'érudits comme C., M., R.-P., et *tutti quanti* ne donnerions-nous pas pour un Alphonse Corradi par exemple, pour un homme ayant avec le flair du chercheur, l'étendue des connaissances qui permet de trouver, le jugement qui fixe les découvertes et ce scrupule consciencieux qui empêche de vous aventurer sur des écueils comme en pays conquis, et vous garde des citations inexactes ou tronquées comme d'une faute capitale.

Dr ALBERTUS.

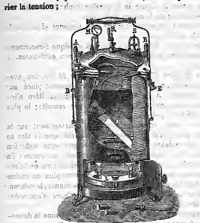
INSPECTION DES ENFANTS-ASSISTÉS. — Le conseil d'État, en assemblée générale, a voté un nouveau règlement d'administration publique pour l'organisation de l'inspection des enfants assistés, que la constante inexécution du règlement du 31 juillet 1870 laissait livrée à l'arbitraire ministériel. Les innovations qu'il contient sont les suivantes : le cadre de l'inspection est fixé pour le département de la Seine, par le décret lui-même, et pour les autres, par arrêtés du ministre ; des inspectrices et sous-inspectrices sont créées en sus du personnel masculin ; un maximum d'âge de quarante-cinq ans est établi pour l'admission dans le service, en considération de l'activité physique qu'il réclame. Des simplifications sont introduites dans la classification et l'échelle des traitements des fonctionnaires, pour que leur recrutement offre toute garantie de maturité et de compétence, il s'opérera : pour les inspecteurs, dans le service médical, les bureaux du ministère de l'intérieur, l'inspection de l'enseignement primaire ; pour les sous-inspecteurs, dans le personnel administratif des préfectures, sous-préfectures, mairies et établissements de bienfaisance et parmi les instituteurs ; des règles spéciales sont instituées pour le département de la Seine. Enfin, pour que les frais de tournée ne constituent pas un supplément indirect de traitement, ils ne seront liquidés qu'à concurrence des dépenses faites et dûment justifiées.

1o D'un cylindre en cuivre fort, fermé par un couvercle en bronze, muni de deux poignées en bois A et B, et retenu sur le cylindre de cuivre au moyen de six boulons articulés à écrous E, pressant un bondin en caoutchouc. Ce cylindre constitue l'*autoclave* proprement dit, il a pour dimensions intérieures : diamètre 0m,18, hauteur, 0m,55 ;

2o D'un manomètre M, portant une double graduation jusqu'à trois atmosphères, indiquant le rapport de la pression et de la température ;

3o D'un robinet R, destiné à chasser l'air, perdre un excès de vapeur ou éviter le vide du refroidissement ;

4o D'une soupape de sûreté à ressort, dont on peut faire varier la tension ;



Appareil pour la désinfection chirurgicale, de P. Redard.

A.-B. Manches destinés à soulever le couvercle.
D. Poignées servant à transporter l'appareil.
E. Boulons à écrou pour la fermeture.
F. Clef servant à serrer les écrous.
L. Lampe à alcool à plusieurs becs.
O. Couvercle destiné à fermer les becs de la lampe.
M. Manomètre avec indication de la température.
R. Ouverture destinée à laisser échapper l'excès de vapeur.
P. Panier pour les petits instruments.
S. Soupape de sûreté.

5o D'une enveloppe en tôle, sur laquelle repose l'autoclave et dont la poignée D permet le transport de tout l'appareil. Cette poignée, maintenue verticale par le taquet à charnière D, peut être abaissée pendant le fonctionnement de l'autoclave ;

6o D'une lampe à alcool L, à plusieurs mèches, pouvant se fermer à l'aide des bouchons O. Au-dessus de cette lampe se trouve une plaque de tôle percée de trous correspondants aux axes des mèches et destinée à activer le tirage, en même temps qu'à préserver la lampe du rayonnement de l'autoclave ;

7o De deux paniers en toile métallique de différente grandeur, placés dans l'autoclave. Le plus grand de ces paniers est monté sur des pieds de 0,05 de hauteur et reçoit les gros instruments à désinfecter ; le plus petit, spécial pour les aiguilles ou les petits instruments, est supporté à la partie supérieure du grand panier.

8o D'une clef F, servant à serrer vigoureusement les écrous E, après un premier serrage à la main.

Fonctionnement et mise en marche de l'appareil.

Une certaine quantité d'eau, un litre environ, est versée dans le récipient en cuivre. L'eau ne doit pas dépasser un certain niveau. Les instruments sont ensuite placés dans les paniers contenus dans le récipient. L'eau ne doit pas baigner ces instruments.

Le couvercle est ensuite fixé solidement au moyen des boulons à écron. La lampe est allumée.

Au bout d'un certain temps, on laisse échapper par le robinet R une certaine quantité d'air.

On observe ensuite le manomètre, et lorsqu'il est arrivé à la pression voulue correspondant à la température désirée, il suffit, pour se maintenir pendant fort longtemps à une température fixe, de diminuer le feu de la lampe, ce que l'on obtient en fermant un certain nombre de becs de la lampe.

D'après mes expériences, l'ébullition du liquide s'obtient en un quart d'heure ; quelques minutes après, on observe une pression d'une atmosphère correspondant à 120o. Si l'on désire ne pas dépasser cette température, il suffit de recouvrir un certain nombre de becs de la lampe. Avec *un seul bec*, la pression se maintient fort longtemps ; si cette pression diminue, il suffit de rallumer un deuxième bec. Nous avons pu de cette façon faire fonctionner notre appareil pendant plusieurs heures en obtenant une température à peu près constante.

Dans la pratique de la désinfection chirurgicale, il suffit de maintenir les instruments ou objets de pansements dans l'appareil pendant une demi-heure pour obtenir, ainsi que nos expériences le démontrent, *une désinfection absolue*.

Lorsque l'on ouvre le couvercle afin de retirer les instruments, il faut que l'opérateur évite le contact de la vapeur qui pourrait produire de légères brûlures.

La quantité d'alcool dépensée par la lampe pour cette opération est de 125 c. c.

On remarquera que le fonctionnement de cet appareil est d'une simplicité extrême ; il n'exige pas de grande surveillance et peut être confié à un infirmier.

Cet instrument peut non seulement servir à la désinfection de tous les instruments de chirurgie, mais encore des objets de pansements, bandes, toiles, etc.

On peut, si on le désire, faire construire des appareils plus grands, mais, dans la généralité des cas, le modèle que nous décrivons suffit.

D'après nos recherches, si l'on a soin de ne pas dépasser la température de 110o à 120o, les instruments, les manches de ces instruments, le tranchant des couteaux, les objets de pansements, ne *subissent aucune altération*.

Le prix de l'appareil est peu élevé ; il ne coûte pas beaucoup plus cher que les pulvérisateurs employés dans les services de chirurgie et nous paraît appelé à rendre de plus grands services.

OBSTÉTRIQUE

Quelques remarques sur le forceps.

« Observer les faits ne suffit pas, il faut raisonner sur ce qu'on a observé. » (Claude Bernard.)

C'est ce conseil qui m'a guidé dans l'*étude théorique du forceps* que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société obstétricale et gynécologique de Paris (1) et dont je détache ce qui suit qui a trait au forceps de M. le professeur Tarnier. J'ai examiné les propositions que voici :

1o Le forceps nouveau modèle permet-il de tirer suivant l'axe pelvien?

2o L'intensité de la force de traction est-elle moindre qu'avec le Levret?

3o La tige de préhension joue-t-elle le rôle d'*une aiguille indicatrice* de la bonne ou de la mauvaise direction de la traction?

4o Le point d'attache des deux tiges en avant de la fenêtre à 5 ou 6 centimètres environ du centre céphalique est-il convenablement placé?

5o Situation et rôle de la vis de pression.

6o L'instrument laisse-t-il à la tête fœtale toute sa mobilité?

Avant de songer à construire, à modifier un instrument, il semble qu'il eût été nécessaire, logique en tout cas, de se rendre un compte exact de la configuration topographique de la région dans laquelle l'instrument devait être porté, devait évoluer, de préciser les dimensions, les rapports des diverses parties, leur situation, leur orientation. Cela n'ayant pas été fait, qu'en est-il résulté? Un instrument d'une application quelquefois difficile, souvent défectueuse.

Si, en se guidant sur des moules en plâtre de bassins normaux, ou encore sur les planches annexées à la thèse de Mg Boissard (1884), on essaye de présenter l'instrument, en lui donnant la situation qu'il doit prendre dans une application directe au détroit supérieur, on s'aperçoit aussitôt que la tige de préhension se place sur l'orifice anal ou en arrière de cet orifice et que la tige de traction recouvre le coccyx, traverse des parties osseuses.

Cette disposition est d'autant plus accusée que le plan du détroit supérieur est plus incliné.

A la difficulté d'appliquer convenablement l'instrument vient s'ajouter celle de le maintenir dans une bonne situation pendant les efforts de traction.

Que va-t-il se passer pendant la descente?

Si la tête descend en ligne droite, l'instrument devrait se déplacer parallèlement à lui-même : les dimensions de l'orifice vulvaire, son orientation, s'opposent à ce mouvement de translation. Si la descente s'effectue suivant une ligne courbe, il faudrait, pour que le point d'attache des deux tiges du forceps et la poignée de traction restâssent sur la ligne tangentielle à la courbe au point céphalique, que le plan équatorial de la tête fût astreint à passer constamment par un axe qui lui servirait de pivot de rotation. La tête se défléchirait alors d'une façon continue et régulière pendant sa descente.

L'instrument ne sera donc jamais appliqué comme il serait nécessaire.

Du moment que la poignée ne peut pas être placée et maintenue sur la ligne tangentielle, de telle sorte que l'effort de traction soit directement opposé à la force de résistance, l'intensité de la force de traction, dont la direction est oblique, dépendra de cette obliquité. Elle sera donc plus ou moins grande ; elle donnera toujours une composante qui pourra devenir nuisible pour les parois pelviennes.

(1) Juin 1885; — avril, mai 1886.

Suivant les dimensions données au forceps de Levret, suivant le manuel opératoire, on peut démontrer mathématiquement que l'intensité de la force de traction est sensiblement égale à celle de la résistance. Le Levret n'est donc pas, sous ce rapport, inférieur au modèle nouveau.

La tige de préhension peut-elle jouer le rôle d'*aiguille indicatrice* de la bonne ou de la mauvaise direction de la traction?

Pour qu'il en fût ainsi, diverses conditions devraient être remplies :

1o La tige devrait faire corps d'une façon absolue avec la tête fœtale; ce qui n'est pas.

2o Le centre de figure de la portion céphalique saisie devrait coïncider avec le centre de la tête.

3o Le centre de la tête devrait être toujours situé sur la ligne axile pelvienne.

4o L'instrument devrait être toujours appliqué directement.

Ces conditions sont nécessaires, mais non suffisantes. Il faut encore :

1o Que le point d'attache des branches de traction avec les branches de préhension se trouve exactement placé sur la ligne tangente à l'axe au point céphalique. Rien n'indique que cette condition est ou n'est pas remplie; le plus souvent elle n'est pas remplie.

2o Que le point d'attache demeure constamment sur la tangente; pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que la tête se défléchît dès le début de la descente et que cette déflexion s'effectuât d'une façon continue et régulière; or, comme l'a dit Hubert de Louvain : « La filière pelvienne ne se laisse pas traverser sans opposer des résistances plus ou moins vives et dont les effets varient selon la consistance, le volume, la forme et la disposition du mobile. » (*Cours d'accouchements*, page 407.)

Les mouvements exécutés par la tête étant sous la dépendance de facteurs essentiellement variables, il ne peut exister aucun rapport entre ces mouvements et la ligne axile pelvienne.

La construction même de l'instrument démontre clairement, du reste, que la tige de préhension n'est en rien une aiguille indicatrice.

L'instrument est construit de telle sorte que lorsque la tige de traction est placée à 1 centimètre environ de la tige de préhension, les trois points suivants, centre de la tête, point d'attache des tiges, poignée de traction, sont situés sur une même ligne droite.

Quand, pendant les tractions, on ramène la tige de traction à 1 centimètre environ de la tige de préhension, que fait-on? On ne fait qu'une chose; on place la poignée sur le prolongement de la droite qui joint les deux premiers points, qui eux sont fixes, ne changent pas de position. Cela est la conséquence forcée et évidente de la disposition de l'instrument. Conclure que la poignée se trouve alors sur la tangente à la courbe pelvienne, c'est supposer, *a priori*, que la droite qui joint les deux points fixes désignés plus haut se confond avec cette tangente. Or cela n'est pas, cela ne peut pas être.

On peut donc dire que la tige de préhension ne peut servir dans aucun cas d'*aiguille indicatrice*.

Quant au point d'attache des deux tiges, il est situé en avant de la fenêtre et distant de 5 à 6 centimètres du centre céphalique. Chassagny, dès 1877, signalait cette disposition défectueuse. Il en résulte que la force de traction n'est pas appli-

quée au centre de la tête, point d'application de la résistance, contrairement au principe formulé par Chassagny et repris ensuite par M. le professeur Tarnier, au Congrès de Londres (1884).

MARIUS REY.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie

I. MODIFICATION DU PROCÉDÉ DE COLORATION USITÉ POUR LA RECHERCHE DES BACILLES DE LA TUBERCULOSE DANS LES TISSUS, par M. F. FRANKE (*Deut. medic. Wochenschrift*, 1886, no 23, p. 397). — II. CONTRIBUTION A LA PATHOGÉNIE DE L'ACTINOMYCOSE PULMONAIRE, par le docteur ISRAËL (*Centralblatt für die medic. Wissenschaften*, 1886, no 18). — III. LA SIGNIFICATION ÉTIOLOGIQUE DES BACILLES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par E. FRÆNKEL et M. SIMMONDS. Leipzig, 1886 (Analysé in *Fortschritte der Medicin*, 1886, no 4, p. 278). — IV. NOUVELLES RECHERCHES SUR LE BACILLE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le docteur NEUHAUSS (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, no 24, p. 389).

I. M. FRANKE indique le procédé suivant de coloration des bacilles de la tuberculose (sur des coupes) comme étant supérieur à tous ceux employés jusqu'à ce jour :

Les coupes sont déposées pendant une ou deux heures dans la solution d'alun et d'hématoxyline usitée pour ce genre de recherches, puis lavées à l'eau; autant que possible on devra les laisser séjourner dans ce liquide pendant un quart d'heure, une demi-heure, parce que, de cette façon, la matière colorante paraît se fixer davantage dans les noyaux. Les coupes sont ensuite placées pendant douze à vingt-quatre heures dans la solution d'aniline et de fuchsine préparée suivant les indications d'Ehrlich. On les décolore, pendant un espace de temps qui varie de 1/4 à 3 minutes, suivant l'épaisseur des coupes, avec de l'alcool contenant 1 0/0 d'acide chlorhydrique ; puis, après les avoir lavées une nouvelle fois dans l'eau, on les dépose dans de l'alcool pour les conserver ou pour les examiner dans du baume de Canada.

Ce procédé a l'avantage de colorer de la façon la plus nette non seulement les bacilles, mais encore les noyaux des cellules qui se distinguent d'ailleurs très bien des premiers. La coloration se manifeste avec une égale intensité sur toutes les coupes, que celles-ci aient été durcies dans l'alcool, dans le liquide de Muller ou dans l'acide chromique. Toutefois, quand pour le durcissement on s'est servi de ces deux derniers liquides, il faut que la préparation ait été préalablement lavée à l'eau courante pendant un temps suffisamment long (vingt-quatre heures environ). L'auteur n'a pas obtenu de bons résultats en se servant du procédé de Neelsen (emploi d'une solution phéniquée de fuchsine). Il fait remarquer incidemment, que son procédé de coloration est à peu de chose près le même que celui préconisé récemment par Touton (FORTSCHRITTE DER MEDICIN, 1886, no 2, p. 45) pour la recherche des bacilles de la lèpre.

II. Un cocher, âgé de 26 ans, originaire de la Russie, qui couchait habituellement sur la paille et le foin, et qui n'éprouvait aucune répugnance pour boire dans le même seau que ses chevaux, ressentit, dans le courant de l'automne 1884, des douleurs dans la moitié gauche du thorax. Au mois d'octobre, il s'était formé, au niveau du sein gauche, des abcès dont le nombre alla en augmentant et qui se transformèrent en ulcérations. Le malade entra à l'hôpital israélite de Berlin au mois d'avril 1885 : il était très maigre ; son thorax était le siège d'une rétraction très manifeste, à gauche, et parsemé d'abcès ulcérés dont la sécrétion contenait les micro-organismes caractéristiques de l'actinomycose ; il en était de même des crachats purulents, teintés de sang, que rendait le malade. Celui-ci succomba (mars 1886) au dépérissement engendré par une diarrhée incoercible. A l'autopsie, on trouva dans le poumon gauche un foyer morbide unique, sous forme d'une excavation située au-dessous de la face antérieure de la portion inférieure du lobe supérieur. A travers la paroi antérieure de cette excavation, le processus de l'actinomycose s'était propagé à la plèvre (transformée en couenne) et au tissu péripleural, pour perforer la paroi thoracique sur plusieurs points. Le foie, la rate et la muqueuse de l'intestin avaient subi la dégénérescence amyloïde. Enfin, et c'est en quoi réside le principal intérêt de l'observation de M. ISRAËL, l'excavation pulmonaire logeait un corps étranger, du volume d'une lentille environ, qui présentait à première vue l'aspect d'un fragment dentaire, ce que confirma l'examen microscopique et chimique.

M. Israël voit dans ce fait la preuve de l'exactitude de l'hypothèse qu'il avait émise, comme quoi l'actinomycose pulmonaire est consécutive à l'aspiration des germes provenant de la cavité buccale, les dents cariées pouvant servir de refuges aux micro-organismes parasitaires spécifiques de l'actinomycose.

III. MM. E. FRÆNKEL et M. SIMMONDS ont repris les expériences de Gaffky concernant l'inoculabilité du bacille de la fièvre typhoïde ; Gaffky, en inoculant ce bacille à des animaux de différentes espèces, n'avait obtenu que des résultats négatifs. MM. Frænkel et Simmonds ont été plus heureux. En inoculant des cultures pures du microbe en question dans le péritoine à des lapins et à des souris (résultat positif à peu près constant chez ces dernières), ils ont vu un grand nombre des animaux en expérience tomber malades déjà quelques heures après l'inoculation (apathie, anorexie, diarrhée ; la température interne n'a pas été relevée).

Les animaux périssaient habituellement avant la fin du quatrième jour. A leur autopsie, on constatait les lésions suivantes : tuméfaction des ganglions mésentériques et de la rate, qui avait l'aspect extérieur d'une rate fraîchement enlevée sur un cadavre de typhique (homme). Tuméfaction de l'appareil folliculaire de l'intestin; souvent tuméfaction considérable, et quelquefois ulcération des plaques de Peyer. Les ganglions de l'aisselle et de l'aine étaient également rouges et tuméfiés, dans la plupart des cas ; hémorrhagies dans les séreuses, dans un petit nombre de cas. Absence de toute trace de réaction inflammatoire, au siège de l'inoculation.

Il est donc bien acquis que les deux expérimentateurs ont mis en évidence les propriétés pathogènes du bacille de la fièvre typhoïde, cultivé dans de la gélatine et sur des tranches de pommes de terre, à la température ordinaire. La maladie communiquée à ces animaux par voie d'inoculation est-elle identique à la fièvre typhoïde de l'homme ? C'est une ques-

tion qui reste encore en suspens. Un point est à noter, c'est que les deux expérimentateurs n'ont jamais réussi à développer les symptômes et les lésions pathologiques mentionnés ci-dessus, en injectant des cultures dans l'intestin.

Il est vrai que tout récemment A. Fraenkel (de Berlin) (1), a fait savoir qu'en injectant des cultures du bacille de la fièvre typhoïde directement dans le duodénum à des cobayes, il a réussi à communiquer à ces animaux une maladie dont les lésions consistaient en tuméfaction de la rate, des ganglions mésentériques, des plaques de Peyer; une fois même, celles-ci étaient ulcérées.

Les deux auteurs ont retrouvé dans le sang et les tissus des animaux mis en expérience les bacilles de la fièvre typhoïde. Les recherches qu'ils ont faites pour étudier le mode d'évolution du bacille, dans les cultures, ont donné des résultats qui concordent sensiblement avec les faits annoncés par Gaffky. Les examens nécroscopiques faits sur des cadavres humains ont abouti à la découverte du bacille, 25 fois sur 29; les quatre cas avec résultats négatifs se rapportaient à des sujets qui avaient succombé à une période avancée de la fièvre typhoïde. Dans plusieurs cas, l'examen microscopique n'a pas suffi pour mettre les bacilles en évidence. Les deux expérimentateurs ont pu se convaincre, d'autre part, que les bacilles de la fièvre typhoïde continuent de se développer dans les organes, après la mort: des fragments de rate, au nombre de trois, ont été déposés dans l'alcool, le premier 10, le second 34 et l'autre 82 heures après la mort. On a pu constater ainsi la pullulation des bacilles dans ces trois fragments. De même, l'injection d'une culture du bacille dans l'artère splénique d'un cadavre non typhique a été suivie de l'apparition de colonies caractéristiques, dans la rate.

IV. M. Neuhauss a obtenu des cultures du bacille de la fièvre typhoïde, en ensemençant du sang tiré des taches rosées chez des malades en traitement à l'hôpital Béthanie, de Berlin. La région de la peau où siégeaient les taches était préalablement lavée avec une solution de sublimé à 2 p. 1000; la peau, à l'endroit de la tache, était scarifiée avec un bistouri stérilisé; le sang qui s'échappait était recueilli avec une épingle de platine, rougie au feu, et ensemencé dans de la gélatine de culture. L'auteur incline à croire, d'après cela, que les taches rosées sont des embolies parasitaires. Une des malades sur lesquelles ont été faites ces recherches était enceinte et mit au jour un fœtus de quatre mois.

Le cadavre du fœtus fut ouvert presque aussitôt après la délivrance, des particules de poumon, de foie, de rate, de reins, de cerveau et du contenu intestinal, ont été ensemencés dans de la gélatine de culture; les ensemencements, faits avec des fragments de poumons, de rate et de reins, ont abouti.

E. Ricklin.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Avenir des espèces. — Les animaux perfectibles, par Victor Meunier. — Paris, G. Steinheil, éditeur.

La variabilité des espèces est un fait, on peut dire un principe fécond qui, de nos jours, domine l'étude des sciences naturelles, et a le plus contribué aux progrès récemment accomplis. Deux voies partent, en divergeant, de ce principe: l'une, parcourue si brillamment par Darwin, nous fait remonter, à travers les âges et les révolutions dont notre globe a été le théâtre, à l'origine même des espèces; l'autre, tournée vers l'avenir, nous laisse entrevoir la possibilité et les moyens soit de modifier les espèces déjà existantes, soit d'en créer de nouvelles; c'est dans cette seconde voie que s'est engagé M. Victor Meunier.

Dans le passé, la sélection naturelle est l'influence la plus active qui ait amené la mutation des espèces. Aujourd'hui l'homme intervient, et M. Meunier a peu de peine à montrer que la sélection zootechnique est plus puissante encore que la sélection naturelle qui, sans doute, a le temps pour elle, mais se heurte aussi à une foule de condition ou de circonstances propres à en combattre ou diminuer les effets. Un seul exemple suffira à en donner la démonstration.

Un agneau mâle, chétif, mal conformé, mais recouvert d'une laine lisse, longue, superbe, admirable en un mot, naît chez chez un fermier du domaine de Mauchamp. Abandonné à lui-même, cet agneau paraissait voué à une mort certaine et aurait été ainsi un être inutile pour la sélection naturelle. Mais le fermier, homme intelligent, comprend le parti qu'il peut tirer du jeune animal, s'il parvient à le sauver et à l'employer comme reproducteur. Il le soigne donc et l'élève avec les plus grandes précautions, lui choisit une femelle, prend, parmi ses produits, ceux qui lui ressemblent le plus, les accouple, agit de même avec les produits des générations suivantes, et crée ainsi la belle race de Mauchamp. Là donc, où la sélection naturelle eût infailliblement échoué, la sélection humaine ou zootechnique, en quelques années, a créé une race nouvelle.

Ainsi sont nées, dans les espèces ovine, bovine, porcine, chevaline, etc., les races qui ont fait et font encore à la fois la gloire et la fortune des éleveurs.

La puissance de la sélection humaine ne s'arrête pas à modifier les espèces, à créer des races; elle crée aussi des espèces. Si, en effet, la fécondité illimitée est le caractère de l'espèce, les hybrides féconds constituent des espèces nouvelles; de même on doit considérer comme des espèces nouvelles les races qui ont perdu, avec les espèces dont elles ont été détachées, le lien de la fécondité; tels sont nos cobayes domestiques, par rapport aux cobayes sauvages du Brésil et du Paraguay, et le chat du Paraguay par rapport à notre chat domestique.

Ce ne sont pas seulement les caractères physiques que la zootechnie peut ainsi modifier et transmettre héréditairement aux générations suivantes; son action s'exerce de la même manière sur ce qu'on peut appeler les caractères moraux des animaux. Le proverbe «bon chien chasse de race» implique et consacre ce fait; car, suivant la juste observation de M. Meunier, ce proverbe ne vise pas le chien sauvage, qui peut avoir l'instinct, mais n'a certainement pas les qualités cynégétiques: il s'agit du chien qui tient héréditairement ces qualités de ses ascendants convenablement dressés. Cette partie de la zootechnie qui en constitue, suivant l'expression de M. Meunier, la branche psychologique, a été jusqu'ici bien moins cultivée que la branche physiologique. Elle attend encore, dit-il, son Bakewell, et c'est à en faire ressortir l'intérêt scientifique et l'importance pratique qu'il a consacré la plus grande partie de son ouvrage.

(1) *Centralblatt für Klin Medicin* 1886, p. 169.

M. Meunier est un savant doublé d'un zoophile; les animaux ont en lui l'avocat le plus convaincu et, par suite, le plus éloquent. Il croit à leur perfectibilité physique, intellectuelle et morale; il ne saurait mettre en discussion leur intelligence; il ne leur refuse même pas le génie, c'est-à-dire l'invention. A l'appui de sa thèse, M. Meunier a recueilli et réuni de nombreux faits où les animaux, chiens, chats, éléphants, lions, oiseaux, etc., ont fourni des preuves incontestables d'intelligence, de raisonnement et d'aptitude à l'éducation. Or, ces qualités individuelles que certains animaux ont présentées, la zootechnie peut les fortifier et les accroître en les transmettant à des générations successives; et qui sait jusqu'où peut aller cette perfectibilité de quelques espèces animales? Le problème n'offre pas moins d'intérêt pour le savant que pour l'économiste; en tout cas, il mérite de fixer l'attention, et nous croyons devoir le recommander à ceux de nos lecteurs qui sont en mesure d'aborder une étude expérimentale de cet ordre.

Dr F. DE RANSE.

REVUE DES THÈSES

Pathologie mentale

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR L'ACTION SOMNIFÈRE DE LA BOLDO-GLUCINE, par le docteur RENÉ JURANVILLE. — Thèse de Paris, 1885.

Cette thèse, justement récompensée par la Faculté, contient des recherches très intéressantes sur l'action hypnotique du boldo.

Le boldo, employé depuis un temps presque immémorial en Bolivie, au Chili et au Pérou dans le traitement des maladies du foie, est une *mominiacée* décrite pour la première fois en 1782 par Molina, sous le nom de « pneumus boldus ». Rangée en 1805 par Al. de Jussieu dans la famille à laquelle elle appartient, sous le nom de « holdea fragrans », cette plante a été récemment l'objet d'une étude complète de la part de M. Baillon, qui lui a restitué le nom de « pneumus boldus ». Vulgairement, elle est désignée sous les noms de *boldus* et de *boldo*.

M. Juranville n'a pas eu l'intention de poursuivre l'étude de l'action physiologique générale du boldo, déjà faite par d'habiles expérimentateurs, notamment par MM. Dujardin-Beaumetz et Cl. Verne, Bourgoin, Laborde, Quinquaud, etc.; il a eu surtout pour but d'expérimenter, physiologiquement et cliniquement, l'action hypnotique de cette plante.

La substance dont il s'est servi n'est pas la *boldine*, alcaloïde découvert en 1874 par Cl. Verne et Bourgoin, et qui n'existe qu'en très minime proportion dans les feuilles du boldo (0 gr. 50 pour 20 kilog. de feuilles), mais une substance aromatique, de la famille des glucosides, obtenue en 1884 par M. Chapoteaut, et qu'on retire des feuilles du boldo dans la proportion de 3 grammes pour 1,000. C'est de ce glucoside du boldo, désigné par lui sous le nom de « boldo-glucine », que M. Juranville a fait usage dans ses recherches.

Avant d'essayer ce produit chez l'homme, il a tenu à en étudier l'action chez l'animal, et, dans ce but, il a institué une série d'expériences intéressantes sur des chiens qu'il a endormis par des injections intra-veineuses de boldo-glucine (dose de 2 à 7 grammes) et chez lesquels il a étudié l'état du cœur, la pression artérielle et les mouvements du cerveau. Il découle de ces expériences, dont les résultats sont reproduits sur des tracés graphiques, que, pendant le sommeil boldique, les battements cardiaques s'accélèrent en même temps que l'amplitude de la pulsation diminue, tout en restant régulière. La pression artérielle reste constante. Quant aux mouvements du cerveau, on constate, quand survient le sommeil, une augmentation assez notable dans l'amplitude de ceux de ces mouvements qui sont dus à l'influence cardiaque, ce qui indique naturellement une congestion moindre de l'organe. M. Juranville paraît disposé à conclure de là qu'il se produit, sous l'influence du boldo, de l'anémie cérébrale.

Quant aux recherches thérapeutiques, elles ont été faites par l'auteur chez des aliénés. Les doses ont varié de 1 gr. 50 et 2 grammes minimum à 5 et 8 grammes maximum. Le mode d'emploi, assez difficile en raison de la grande quantité du médicament à absorber, a été effectué surtout sous forme de capsules gélatineuses de 0 gr. 20 c. de principe actif, ou de lavements médicamenteux contenant environ 5 grammes de glucoside. La forme de potion doit être rejetée à cause de l'odeur fortement aromatique et pénétrante du produit.

M. Juranville a pu constater que d'habitude le boldo est toléré d'une façon très satisfaisante, qu'il ne laisse après lui aucun trouble digestif, qu'il favorise l'appétit et stimule le travail de l'absorption.

Quant à l'action hypnotique, elle a été des plus manifestes. Les malades, au nombre de dix, étaient des persécutés, des excités maniaques, des agités et des hallucinés. Chez tous, le boldo amena le sommeil, à des degrés divers, et chez certains même, simultanément, la suspension des hallucinations nocturnes. Toutefois, l'action du médicament fut le plus souvent passagère, et les symptômes d'agitation et d'insomnie reparurent aussitôt qu'on en cessa l'emploi.

En somme, si la boldo-glucine n'est pas un hypnotique parfait, et, s'il est nécessaire de pousser plus loin encore l'étude de son action thérapeutique, il est dès maintenant certain qu'elle constitue une ressource précieuse pour le praticien dans les cas d'insomnie névropathique ou délirante, lorsque les hypnotiques ordinaires sont demeurés infructueux ou qu'ils ont épuisé leur action.

On ne peut donc que féliciter et remercier M. Juranville de son intéressante étude sur ce médicament.

Dr E. RÉGIS.

BULLETIN

L'HYGIÈNE URBAINE A L'EXPOSITION DE LA PLACE LOBAU.

S'il était besoin de démontrer les immenses progrès de l'hygiène durant ces huit à dix dernières années, il suffirait de conseiller aux sceptiques une simple visite à l'Exposition de la place Lobau. Et, quoiqu'il ne soit ici question que d'hygiène urbaine, la démonstration serait des plus éclatantes. Faisons remonter nos souvenirs à un quart de siècle en arrière. Que voyons-nous lorsqu'il s'agit d'édifier un hospice, un théâtre, une caserne, un lycée? Nous n'apercevons, entrant en considération, que des questions d'ordre extrinsèque. On s'occupe de faire une façade qui soit d'un grand effet, de la disposer harmoniquement aux grandes avenues qui y conduisent ou qui la bordent. On fait de l'architecture pure. On

oublie toujours que ces bâtiments ont une destination spéciale en dehors de l'agrément esthétique que pourront éprouver les passants indifférents. ou, pour le moins, tout à fait désintéressés. Complaire à l'œil est beaucoup sans doute, mais c'est insuffisant pour les hygiénistes et pour tout le monde en somme. Dieu nous garde cependant de vouloir sacrifier au bien-être direct et purement physique ces satisfactions d'ordre supérieur qu'on appelle les satisfactions artistiques! Nous les faisons entrer en ligne de compte et comme des éléments essentiels de notre éducation et de notre hygiène intellectuelle. Mais de là à oublier le but propre d'un édifice quelconque, pour ne songer qu'à son aspect extérieur, il y a loin! Et nous ne voyons pas comment l'art ne prendrait pas pour base de ses conceptions architectoniques les besoins des êtres qui doivent, non pas juger de l'effet extérieur d'un bâtiment, mais y vivre. Faire passer ces besoins hygiéniques au premier rang, les mettre en dehors et au-dessus de l'agrément oculaire d'une construction, cela peut gêner peut-être quelques architectes épris de la beauté idéale. Mais ne vaut-il pas mieux savoir rompre avec les errements traditionnels de l'art que d'en souffrir et d'en mourir? Voici qu'on l'essaie déjà. Et c'est un architecte, un maître en architecture, un chef d'école, le fondateur et le directeur de l'Ecole d'architecture, qui ne craint pas de donner l'exemple. Que l'on jette dans la caserne Lobau un simple coup d'œil dans la salle affectée à l'exposition de M. Emile Trélat, et l'on verra que l'art peut parfaitement s'allier, en les sauvegardant, aux conditions de l'hygiène la plus raffinée. M. Emile Trélat a des idées à lui, on le sait, pour l'éclairage des écoles ,et peut-être un seul regard accordé aux dessins représentant ses salles d'études sous-appentis vous convertirait à ses idées. Son plan théorique d'hôpital à un simple rez-de-chaussée, composé de deux immenses salles reliées par une construction où sont réunis les divers services administratifs, et ayant à leurs extrémités libres, d'une part la lingerie et de l'autre les déversoirs d'immondices divers, y compris le linge sale, mérite l'attention. A côté de cet hôpital modèle, voici un plan de grand collège théorique que M. Trélat appelle le collège Vauvenargues. Puis, voici le sommaire du cours d'hygiène professé à l'Ecole d'architecture. M. Trélat, par un tableau figuré, nous montre ensuite comment les habitations doivent être différemment orientées, suivant la latitude, de manière à permettre à la lumière et à la chaleur du soleil de rendre tous les services qu'on peut en tirer, sans en subir les inconvénients. Enfin, cet hygiéniste novateur n'hésite pas à se mettre en butte aux rancunes des tapissiers, en proposant pour nos pièces d'habitation un mode d'éclairage original et bien compris. Au lieu d'avoir des rideaux se joignant par le haut et ne permettant l'entrée des rayons solaires que par le bas des fenêtres. M. Trélat expose un modèle tout autrement disposé. Un rideau unique vient, en se ramenant. fermer à la lumière et à l'air l'entrée de la partie inférieure des fenêtres, et la partie supérieure de l'ouverture est protégée par des verres simplement translucides et percés à jour par des trous en entonnoir à petit orifice placé à l'extérieur et d'un diamètre d'environ cinq millimètres.

A côté de ces efforts, émanés de l'art architectural pour baser ses travaux sur les enseignements de l'hygiène, on voit, à la caserne Lobau, entrer en scène bien d'autres éléments capables d'améliorer l'état sanitaire de nos agglomérations humaines. Ici, nous voyons s'étaler des essais du *Génie sanitaire*: Etuves à désinfection pour les vêtements et les objets de toutes sortes pouvant être le véhicule d'une maladie transmissible; blanchisseries mécaniques, appareils à stériliser les crachats des tuberculeux, water-closets réellement inodores, nettoyage d'égouts, appareils de ventilation, barraquements, voitures, salles d'isolement, etc.

Voici l'exposition de la Ville de Paris, et quelle variété de renseignements l'hygiéniste pourra y puiser: Utilisation des eaux d'égouts, canalisation, distribution des dernières épidémies, laboratoire municipal, mobilier des écoles, plans d'hôpitaux.

Dans trois grands vases ayant la forme d'une pyramide quadrangulaire à base supérieure, nous voyons rapprochés des échantillons de l'eau de l'Ourcq, de l'eau de la Seine et de l'eau de la Vanne; quelle progression ascendante dans la propreté de ces eaux! Quelle limpidité dans les eaux de la Vanne! mais quelle purée que l'eau de l'Ourcq? Et que l'on comprend bien, à l'aspect de cette eau plus que trouble, l'utilité des filtres, dont tant de spécimens se trouvent exposés non loin de là: chandelle en porcelaine de Chamberland, filtres à rondelles d'amiante, d'un nettoyage si facile, etc

Les bureaux sanitaires d'un certain nombre de villes ont participé à cette exposition. Ici, Bruxelles, avec son organisation hygiénique si remarquable et que Paris pourrait avantageusement copier, au risque d'être accusé de contrefaçon; là, Reims, Pau, le Havre, Nancy, prouvent qu'on peut faire beaucoup dans cette voie.

Applaudissons aussi aux efforts de l'industrie privée: planchers en liège atténuant considérablement la fatigue d'une station debout prolongée, enduits siccatifs supprimant rapidement l'humidité des constructions nouvelles, matériaux de charpente à rapprochement rapide, amélioration dans les tables et les sièges pour écoliers, etc., etc. Enfin signalons, sans prétendre avoir épuisé la liste des choses utiles à voir dans cette exposition presque improvisée, les vitrines consacrées aux méthodes de M. Pasteur, de M. Gauthier, etc., pour les culture des microbes et l'atténuation des virus; et dans le même ordre de recherches, l'exposition de MM. Marié-Davy et Miquel, pour l'étude de la pureté de l'air, au point de vue des organismes microscopiques. Mais nous ne prétendons pas faire un compte rendu, nous aspirons seulement à donner l'idée et le désir aux retardataires d'aller faire une visite à la caserne de la place Lobau.

Les organisateurs de cette exposition, nous n'hésitons pas à le dire, ont rendu un grand service. Et ils ne se sont pas d'ailleurs contentés de parler aux yeux; les voix les plus autorisées ont satisfait les oreilles des curieux par des conférences suivies. MM. Gariel, E. Trélat, Napias, du Mesnil, J. Martin, Beschmann, Galippe, Potzeen, Bailly, etc., etc., se sont fait entendre dans des conférences du soir. Et à voir la foule qui visite ces salles, à juger de l'intérêt que porte aux choses de l'hygiène la population ouvrière, on en vient à regretter que cette exposition soit destinée à disparaître prochainement. Et nous ne pouvons mieux faire que d'exprimer le vœu de voir toutes ces leçons des choses de l'hygiène devenir en quelque sorte permanentes, par la création d'un musée d'hygiène, qui ne pourrait que rendre d'immenses et constants services à notre société actuelle. Paris possède bien des établissements moins utiles que ne le serait une exposition permanente destinée à montrer à tous ce qu'on est en droit d'exiger et ce qu'on peut attendre de la science hygiénique.

Dr Paul Fabre (de Commentry)

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. : le docteur Dureau, de Saint-André-de-Cubzac (Gironde), décédé à l'âge de 75 ans; — le docteur Krotki (de Liège); — le docteur Trouillé, d'Hostens (Gironde); — le docteur Lafarge, conseiller général de la Dordogne, ancien maire de Sarlat, décédé à l'âge de 70 ans; — le docteur Tavenaux, 54, rue Pardary, médecin du bureau de bienfaisance, mort à l'âge de 34 ans, d'une pneumonie infectieuse; — le docteur Monteils, d'lAais (Gard); — le docteur Rhodes, de Murat, mort à l'âge de 86 ans.

***

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Dans son comité secret de mard soir 15 juin 1886, l'Académie des sciences a dressé la liste suivante des candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite de la nomination de M. Vulpian comme secrétaire perpétuel :

En première ligne, *ex æquo*, MM. Brown-Séquard et G. Sée.

En deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bouchard et Jaccoud.

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Hayem et Charles Richet.

L'Académie décide, enfin, d'ajouter à la liste le nom de M. Villemin (du Val-de-Grâce).

***

CONCOURS D'AGRÉGATION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — Ce concours s'est terminé vendredi 11 juin 1886, à sept heures du soir, par les nominations suivantes, classées dans l'ordre ci-dessous pour chacune des six Facultés de médecine de France :

Section de chirurgie. — Paris : 1. M. Schwartz : 2. M. Jalaguier; 3. M. Brun. — Bordeaux : 1. M. Pousson; 2. M. Denucé. — Lille : M. de Lapersonne. — Lyon : M. Augagneur. — Montpellier : 1. M. Forgue; 2. M. Truc. — Nancy : M. Vautrin.

Section d'accouchements. — Paris : M. Maigrier. — Montpellier : M. Gerbault. — Nancy : M. Rémy.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION (ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE). — Le jury a décidé qu'entre les épreuves pratiques d'anatomie et histologie, les candidats auraient aussi à subir une épreuve pratique de physiologie expérimentale.

— Les questions suivantes ont été données aux candidats dont les noms suivent pour la leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation (deuxième épreuve).

Anatomie et physiologie. — Mardi 15 juin 1886, MM. Poirier et Princeteau : Anatomie et physiologie du nerf de la septième paire (facial). — Mercredi 16 juin, MM. Variot et Ferré : Glande mammaire.

CONCOURS D'AGRÉGATION (*physique, chimie et pharmacologie*). — Les questions suivantes ont été données aux candidats dont les noms suivent pour la leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation (deuxième épreuve).

Chimie. — Samedi 12 juin 1886, MM. Lambling et Guérin : Le cyanogène et les cyanures. — Lundi 14 juin, MM. Morelle et Hugouneng : Le mercure et ses combinaisons.

Pharmacologie. — Mardi 13 juin, MM. Thibault et Florence : Extrait de l'alcaloïde.

Jeudi, 17 juin, a eu lieu la séance d'élimination et d'admissibilité des candidats aux épreuves suivantes

— Les questions suivantes ont été données depuis mercredi soir pour la seconde épreuve éliminatoire (épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie) aux candidats du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris : 1° Diagnostic différentiel de la variole, de la scarlatine et de la rougeole, pendant la période d'invasion; 2° Du zona.

La dernière séance a eu lieu mercredi, 16 juin 1886, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Camelle, le dimanche 20 juin 1886. Le départ de Paris pour Bresles aura lieu, par la gare du Nord, à 8 h. 25 du matin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par arrêté ministériel en date du 8 juin 1886, la chaire de pathologie externe est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— M. Hallez (Paul-Marie-Joseph), docteur ès sciences, est chargé des fonctions de maître de conférences d'histoire naturelle, pendant la durée du congé accordé à M. Barrois.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par arrêté ministériel en date du 2 juin 1886, la chaire de pathologie externe est déclarée vacante.

***

HÔPITAUX DE PARIS. — *Pharmaciens des hôpitaux.* — Le concours ouvert le 1er mai, pour la nomination à trois places de pharmaciens des hôpitaux de Paris, s'est terminé par la nomination de MM. Meillère (déjà pharmacien de l'Asile public des aliénés de Vaucluse), Béhal (interne en pharmacie de cinquième année) et Berthoud (interne en pharmacie de troisième année).

— La première épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central (épreuve clinique), s'est terminée le mardi 8 juin 1886. Seuls ont été admis à subir la seconde épreuve éliminatoire, les vingt-quatre candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique : MM. Bourcy, Capitan, Charrin, Dreyfous, Duplaix, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgard), Hirtz (Léopold), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Lebreton, Ledoux-Lebard, Lorey, Marié, Martin, Petit, Richardière, Robert, Robin, Siredey, Thibierge, Variot.

La seconde épreuve (épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie) a commencé jeudi, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Charité.

— La troisième épreuve du concours pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central (leçon théorique sur un sujet d'accouchement), a commencé lundi, à quatre heures du soir, à l'hôpital de la Charité. Sur les huit candidats inscrits, un seul s'est retiré du concours, M. le docteur Olivier.

***

— La Société de biologie rappelle que le prix Ernest Godard, dont la valeur est de 500 francs, sera donné dans le courant du mois de janvier 1887, à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

Les mémoires peuvent être envoyés au secrétaire général de la Société de biologie jusqu'au 30 août 1886.

— M. le docteur O. Guillier est nommé médecin du bureau de bienfaisance du VIe arrondissement de Paris.

— Par décret, en date du 1er juin 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Bonfils, Lhuillier, Béraud, Jean, Marcigney, Cotton, Latrille, Mignot, Deseucbe et Charazac.

***

CONGRÈS DE BIARRITZ. — Le comité du Congrès d'hydrologie et de climatologie vient d'être informé que le gouvernement hollandais se fera représenter au congrès de Biarritz par un délégué officiel, le Dr Mess. Le nombre des adhérents est maintenant considérable et, parmi les inscrits, les sommités médicales de la Suisse, d'Italie, de Hongrie, d'Espagne, d'Amérique, etc.

M. de Lesseps est, lui aussi, parmi les adhérents au Congrès, et il a formellement promis de prendre part aux séances qui auront lieu à Biarritz, à partir du 1er octobre.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 6 AU SAMEDI 12 JUIN 1886

Fièvre typhoïde 6.— Variole 2.— Rougeole 26 —Scarlatine 12. — Coqueluche 12. — Dipthérie, croup 20 — Choléra 0. — Dysentérie 0 — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 3 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 47. — Phthisie pulmonaire 177.— Autres tuberculoses 25 —Autres affections générales 39 — Malformation et débilité des âges extrêmes 48. — Bronchite aiguë 22 — Pneumonie 67. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 46. — au sein et mixte 19 — Inconnu 3 — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 76. — de l'appareil circulatoire 55. — de l'appareil respiratoire 61. — de l'appareil digestif 38 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 11. — des os, articulations et muscles 6 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 24 — Causes non classées 20. — Total de la semaine : 893 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène, pour 1886, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1885, et les formules des médicaments nouveaux, suivi de Notices sur le traitement hygiénique du mal de Bright, les difficultés de l'hygiène, par A. Bouchardat, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, et J. Pouchardat, médecin-major de 1re classe. 46e année. Un vol. in-18 — Prix : 7 fr. 50.

La mort a surpris M. le professeur Bouchardat au moment où il terminait cet annuaire, le 46e de la série commencée par lui en 1841, mais son œuvre ne sera pas interrompue ; elle sera continuée par ses fils, M le docteur J. Bouchardat, médecin-major de 1re classe, son collaborateur pour cet Annuaire depuis plusieurs années, et M. le professeur G. Bouchardat, de l'Ecole de pharmacie.

Ils s'inspireront de l'esprit de sage discernement du maître, en signalant chaque année les médications nouvelles dont l'expérience ne doit être tentée qu'avec la plus grande prudence.

Eloge du professeur Ch. Lasègue (lu à la séance annuelle de la Société médico-psychologique du 27 avril 1885), par le docteur Ant. Ritti, secrétaire de la Société. Une brochure in-8 de 55 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Des pseudo-tabes, par le docteur Leval Pecquechef, in-8.— Prix : 3 francs. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Leçons sur le venin des serpents du Brésil et sur la méthode de traitement des morsures venimeuses par le permanganate de potasse, publiées par le professeur D.-J.-B. de Lacerda, sous-directeur du laboratoire de physiologie expérimentale du musée national de Rio-de-Janeiro, commandant de l'ordre impérial de la Rose, etc. Un volume de 290 pages grand in-8, avec trois planches chromolithographiées. — Prix : 8 fr. — Paris, O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Des migraines, par le docteur Sarda, in-8. —Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

OPHTHALMOLOGIE

Clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Professeur : M. PANAS.

Leçon clinique du 7 juin 1886, recueillie par M. VALAT, interne du service, et revue par le professeur.

ÉPITHÉLIOMES ET DERMOÏDES DU LIMBE SCLÉRO-CORNÉEN.

Nous avons examiné à la consultation, un homme d'une cinquantaine d'années, présentant à l'œil droit une petite tumeur du limbe scléro-cornéen (1). Cette saillie, dont le volume dépasse à peine celui d'une aveline, est située à l'union de la cornée et de la sclérotique, occupant la moitié externe du limbe. Elle est mamelonnée à sa surface, et à la loupe elle paraît très vasculaire. Sa base d'implantation est large, étalée, et reçoit quelques gros vaisseaux variqueux; du côté de la cornée, qu'elle recouvre dans la moitié externe, la tumeur finit par un bord épais, comme taillée à pic. Sa couleur est rosée; le globe de l'œil est intact et la vision normale.

Tels sont les caractères principaux de ce néoplasme dont nous allons bientôt définir la nature. Cependant ces tumeurs du limbe scléro-cornéen offrent quelques variantes : ainsi leur pédicule peut être petit, grêle, et leur surface, au lieu de présenter une coloration uniforme, est souvent marbrée de points noirs. Quand leur volume est considérable, elles recouvrent entièrement le globe de l'œil et font croire, au premier abord, à la destruction complète de cet organe. Un examen plus approfondi dissipe facilement une pareille erreur. Il suffit de passer avec précaution un stylet sous le néoplasme, de le soulever, pour apercevoir presque toujours la cornée à l'état d'intégrité parfaite. Dans certains cas, il est vrai, l'isolement n'est pas aussi complet, et des adhérences épithéliales unissent plus ou moins intimement la cornée à la face profonde de la tumeur. Ces liens ont suffi pour donner le change à quelques opérateurs, qui ont pratiqué d'emblée l'énucléation de l'œil, se croyant en présence de production maligne développées dans l'intérieur de l'organe et devenues superficielles après la rupture de la coque oculaire. Pareille méprise nous arriva, à une époque où la connaissance de cette affection était encore imparfaite. L'observation, avec tous ses détails, se trouve rapportée dans notre Atlas d'Anatomie Pathologique de l'œil (Panas et Rémy). Il s'agissait d'un vieillard qui présentait à la partie externe du limbe cornéen une saillie du volume d'une noix et dont la surface était noirâtre. En présence de tels caractères, nous portâmes le diagnostic de sarcôme mélanique de l'œil, et la crainte de voir l'affection se généraliser nous fit pratiquer d'emblée l'énucléation. L'examen histologique de la pièce démontra que la tumeur, née de la sclérotique, avait de simples adhérences épithéliales avec la cornée et que l'intérieur de l'œil était parfaitement sain.

D'après les développements précédents, il nous est permis

(1) La tumeur ne date que de quelques mois.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Mai-juin 1886.

Les précurseurs de la pathologie microbienne. — Un prédécesseur de Pasteur. — Eusebio. — La réclame à l'Académie de médecine, dans les journaux et partout. — La médecine et le suffrage universel. — Mort de médecins.

Nous avons déjà ici même, il y a tantôt trois ans (septembre 1883), cité un texte de Dom Calmet expliquant la contagion de la lèpre par la propagation d'animalcules imperceptibles. Voici qu'un médecin distingué de Lyon, M. Humbert Mollière, vient de revendiquer, et dans un livre récent, pour un de ses compatriotes la gloire d'avoir entrevu sinon d'avoir enseigné en connaissance de cause l'importance des microbes dans les maladies transmissibles.

J.-B. Goiffon était né le 25 février 1658 à Cerdon, dans le Bugey. Ses premières études faites à Lyon, il prit goût à la botanique et à l'anatomie à Montpellier, où il conquit ses grades universitaires avant de revenir exercer la médecine d'abord dans son pays, puis à Lyon où les honneurs l'attendaient. Médecin du roi dans la campagne d'Italie en 1687, il fut agrégé au collège des médecins lyonnais en 1693. Douze ans après, il accompagnait M. de Tessé en Espagne. Des raisons de santé le ramenèrent à Lyon où en 1716 il fut nommé échevin et où il mourut en 1730 d'une attaque d'apoplexie foudroyante sur la place de l'Archevêché. C'est en 1721, à la suite de l'épidémie de Marseille, que Goiffon publia son *Avertissement sur la peste*. Cet opuscule de 62 pages parut non signé, et c'est grâce à d'opiniâtres recherches que M. Mollière a pu découvrir le nom de l'auteur.

Goiffon avait d'ailleurs écrit plusieurs autres ouvrages devenus introuvables, parmi lesquels on doit regretter la perte de son *Traité sur les maladies des bestiaux* « où se trouvaient vraisemblablement, dit le critique du LYON MÉDICAL, avec des développements nouveaux des vues originales sur la théorie des germes qui sont exposées dans son *Avertissement sur la peste*. » Coiffon admet pour les maladies épidémiques et contagieuses « un venin qui provient du dehors et qui, comme le poison le plus présent, produit ses effets indifféremment sur toutes sortes de sujets. »

d'établir les deux points suivants : 1o *les épithéliomes et les épithélio-sarcomes du limbe scléro-cornéen ne naissent jamais de la cornée ;* 2o *quand leur volume est considérable, ils peuvent complètement recouvrir cette membrane, en rester tout à fait indépendants, ou lui adhérer par des liens souvent faciles à rompre.*

Le siége de ces productions à la partie externe de l'œil est la règle ; la conviction de ce fait s'obtient aisément par la lecture des observations publiées. Mais d'autres tumeurs, bien différentes par leur structure, leur évolution et leur pronostic, naissent au même endroit, j'ai nommé les dermoïdes.

Les dermoïdes ont toujours une origine congénitale et possèdent une structure caractéristique. A l'examen histologique, on y constate tous les éléments plus ou moins complets de la peau : amas d'épithélium pavimenteux, derme parfois très bien constitué, avec glandes sébacées, follicules pileux, poils, fibres élastiques, vaisseaux et nerfs. Il y a peu de temps, un auteur allemand a noté pour la première fois la présence des glandes sudoripares sur un dermoïde du cochon, et tout récemment notre chef de laboratoire, M. Vassaux, a fait la même constatation sur un dermoïde de l'homme.

Ces néoplasmes ont des caractères macroscopiques bien connus ; leur volume est peu considérable, leur surface lisse, leur teinte grisâtre ou jaunâtre. Une telle coloration, due à une surcharge graisseuse, a donné le change à quelques auteurs, qui les ont décrits sous la rubrique de lipômes congénitaux. Si leur couleur laisse quelques doutes sur leur véritable nature, un examen attentif permettra le plus souvent d'y découvrir d'autres éléments constitutifs du derme, dont la présence rendra le diagnostic facile.

Mais il est un point de l'histoire clinique des tumeurs dermoïdales resté obscur et sur lequel je désire tout particulièrement fixer votre attention. Un exemple fera mieux ressortir ma pensée : un adolescent de 15, 18, 20 ans, vous consulte pour une petite tumeur qui, à son dire, s'est développée à la surface de l'œil depuis très peu de temps. Dans cette production, vous reconnaissez tous les caractères d'un dermoïde; mais, comme le malade affirme que sa petite grosseur est d'origine récente, votre diagnostic reste en suspens. C'est, croyons-nous, de pareils faits qu'a observés M. Parinaud et décrits (1) sous le nom de dermo-épithéliomes. Dans tous ces cas, il s'agirait, d'après nous, de dermoïdes ayant subitement augmenté de volume à l'adolescence. En effet, lorsqu'à la naissance ces productions ont un volume très petit, leur existence passe inaperçue jusqu'à la puberté, époque où la tumeur acquiert un développement subit et pour la première fois attire l'attention du sujet. Aujourd'hui, la lumière est faite également sur d'autres maladies oculaires congénitales (rétinite pigmentaire, cataracte polaire) dont les effets apparaissent à une époque plus ou moins tardive.

(1) ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE, juillet-août 1884.

Ainsi, les dermoïdes sont toujours congénitaux, mais leur évolution permet d'en distinguer deux ordres : 1o les uns volumineux dès la naissance, ne peuvent prêter matière à aucun doute ; 2o les autres passent inaperçus à cause de leur exiguïté, se développent brusquement à la puberté, et leur présence paraît de date récente.

La tumeur de notre malade n'est pas de nature congénitale et ne saurait être un dermoïde. Les néoplasmes propres à l'âge mûr présentent une structure histologique bien connue. Ils sont formés par des amas de cellules épithéliales et par des éléments embryoplastiques ronds ou fusiformes. A une étude microscopique minutieuse, on voit les éléments épithéliomateux prédominer et envoyer des prolongements digitiformes rappelant des culs-de-sac glandulaires. Aussi de pareilles productions sont-elles difficiles à classer, et voyons-nous la plupart des auteurs allemands les ranger dans le groupe des sarcômes. Telle était ma conclusion dans le cas que j'ai observé et dont je vous ai résumé l'histoire. Depuis la nature principalement épithéliale de ces néoplasmes nous a paru de plus en plus évidente.

Le point de départ de ces épithéliomes est différemment interprété par les ophthalmologistes. Pour les uns, l'affection naît toujours de la conjonctive ou de l'épisclère, c'est-à-dire est primitivement extra-oculaire. Pour les autres elle prendrait souvent son origine dans les procès ciliaires ou la choroïde, et ultérieurement deviendrait superficielle et envahirait la cornée. La coloration de ces tumeurs, si souvent noire, plaiderait en faveur d'une telle origine.

Mais avant d'assigner à ces épithéliomes pour point de départ, soit la choroïde, soit les procès ciliaires, il était indispensable de prouver que leur coloration noire était bien due à la présence du pigment physiologique et non à celle de la

Il trouve dans le mode de propagation et dans la marche des épidémies la preuve de la nature vivante et de la multiplication de l'élément contagieux. « Des insectes venimeux apportés de quelque contrée étrangère avec des marchandises, d'où ils se répandront dans les airs d'une ville, produiront tous les funestes effets qu'on remarque dans la peste... On pourra comprendre beaucoup mieux que par toute autre hypothèse la multiplication de la cause de la peste, la raison de sa durée et une résurrection, s'il est permis de parler ainsi, après plusieurs années. »

« Quoi qu'il y ait de grandes différences entre les rapports de grandeur du corps d'un éléphant et celui d'une mite, il se peut néanmoins, et la raison ne s'y oppose pas, qu'il y ait des insectes qui, par rapport à la mite, sont ce que la mite est à l'égard de l'éléphant. »

« La petite vérole et la rougeole, qui sont reconnues pour maladies contagieuses, ont peut-être leur cause aussi bien que plusieurs maladies épidémiques dans chaque espèce particulière de petits vers ou insectes imperceptibles qui s'insinuent dans le corps de ceux qui deviennent malades et s'attachent aux habits de ceux qui les transportent. Il en est e même de la peste des bestiaux qui procède évidemment de petits vers déposés sur le foin et les herbes dont ils se nourrissent; et les ulcérations que la plupart des animaux malades portent à la langue et à la bouche confirment cette opinion. »

« Toute prévention à part, tant qu'on voudra établir cette cause dans des sujets inanimés, on n'expliquera jamais avec satisfaction aucun des symptômes, au lieu qu'en supposant des vermisseaux, des petits vers, des insectes, des *petits corps animés*, l'on comprend sans tant de peine et de difficulté la multiplication de la cause de la peste, sa résurrection et son renouvellement, après plusieurs années d'extinction ou de cessation; comment elle se reproduit par de petits commencements qui vont toujours en augmentant, et qu'elle recommence et se renouvelle de même. »

La thérapeutique, et surtout la prophylaxie, découlent des idées théoriques si nettes et si précises qui précèdent, idées que le père Kircher avait déjà émises vers le milieu du dix-septième siècle, mais avec moins de netteté et de logique dans les déductions, et Goiffon formule, à cet égard, des préceptes que ne désavoueraient pas les épidémiologistes modernes.

matière colorante du sang. L'acide sulfurique concentré, comme l'enseigne Ch. Robin, permet de différencier ces deux substances. En présence du réactif indiqué, la matière noire provenant du sang est instantanément décolorée, tandis que le pigment physiologique ne subit aucune altération. Grâce à cette réaction caractéristique, il nous est permis d'affirmer que des tumeurs mélaniques développées au niveau du limbe scléro-cornéen renferment bien en réalité du pigment physiologique.

Reste à déterminer la provenance véritable de ce pigment. Etant donné que la tumeur est toujours superficielle à son début, force nous est de lui assigner comme point de départ, soit la conjonctive, soit les éléments sous-conjonctivaux. D'ailleurs, ne sait-on pas que, chez l'embryon, il y a presque toujours du pigment sous-conjonctival, et que certains enfants naissent avec des nœvi pigmentaires de l'œil? Chez le nègre, la présence de cellules pigmentaires sous-conjonctivales est très facile à constater; et dans la race blanche, d'après Schwalbe, la même chose a lieu dans une certaine mesure.

De l'exposé précédent, il résulte que: les épithéliomes du limbe scléro-cornéen se développent aux dépens des éléments conjonctivaux ou sous-conjonctivaux; qu'ultérieurement, ils peuvent envahir l'intérieur de l'œil, d'où l'indication d'opérer le plus tôt possible. En présence de leur siége fréquent dans la moitié externe du limbe scléro-cornéen, on peut se demander s'ils ne représentent pas des dermoïdes dégénérés, car il faut une raison pour qu'ils occupent toujours la même place.

C'est une tumeur de ce genre, un épithéliome vrai que présente notre malade. Nous nous sommes efforcé de mettre en lumière : 1° Le point de départ extérieur de la tumeur; 2° La nécessité d'une intervention précoce pour empêcher le mal d'envahir l'intérieur du globe oculaire. Nous espérons que l'examen histologique donnera pleinement raison à notre diagnostic.

OBSTÉTRIQUE

QUELQUES REMARQUES SUR LE FORCEPS.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Les deux forces, résistance et puissance, n'ayant pas le même point d'application, des mouvements de glissement se produiront ou tendront à se produire. Cela est doublement fâcheux, car, d'une part, pour s'opposer à ces glissements, il faudra resserrer la vis de pression, et l'on ne peut estimer la compression que l'on exercera ainsi, et, d'autre part, le dérapement de l'instrument est facilité. Dans les cas où des efforts énergiques seront nécessaires, le dérapement sera presque inévitable.

Quand on considère la situation qui a été donnée à la vis de pression, on est frappé de ce fait que, destinée à maintenir les cuillers appliquées sur la tête fœtale, elle ne pourra remplir ce rôle qu'en supportant une pression considérable.

Neuf fois plus rapprochée, en effet, de l'articulation que les extrémités des cuillers, l'effort supporté par la vis de pression sera nécessairement neuf fois plus grand que celui qui tend à écarter les cuillers.

Cela ne sera pas sans inconvénient, car, quand, par suite des glissements qui se produisent ou tendent à se produire, il deviendra nécessaire, à un moment donné, de resserrer cette vis, l'effort que demandera ce resserrement empêchera de juger du degré dont il faudrait tourner la vis, et, comme chaque tour rapproche de près de 1 centimètre les extrémités des cuillers, il résulte que des compressions nuisibles pourront être exercées sur la tête fœtale.

Par conséquent, difficulté de maintenir les cuillers exactement sur la tête fœtale; danger d'exercer des compressions nuisibles lorsqu'on resserre la vis : tels sont les inconvénients de la situation donnée à la vis de pression.

A côté des défectuosités qui viennent d'être signalées rapidement, il est juste de remarquer que la tige de traction, avec les articulations qu'elle présente, laisse à la tête une certaine mobilité. Cette mobilité, ainsi que M. Poudlet (de Lyon) l'a remarqué dans sa thèse, n'est pas complète, mais, telle qu'elle est, on doit reconnaître que, lorsque le diagnostic est incertain, elle permet à la tête d'évoluer et d'être extraite, ce qui n'est pas toujours possible avec le Levret. Qu'on applique l'instrument sur une droite postérieure, qu'on tire, la tête pourra exécuter sa rotation assez facilement et l'extraction se fera, tandis qu'avec le Levret la rotation peut ne pas avoir lieu et alors rien ne vient.

Quand M. Bailly avance que le forceps de M. Tarnier a pratiquement de grands avantages, qu'il met à même d'opérer avec plus de sécurité pour les femmes, et avec moins de fa-

***

Voici que, de leur côté, les Italiens viennent de découvrir à M. Pasteur, sinon un précurseur, du moins un prédécesseur. — Il s'agit du docteur Eusèbe Valli qui, dès 1799, dans son livre sur la peste de Constantinople, indique un moyen de neutraliser le virus rabique. — En 1790, étant à Livourne, il donna la rage à plusieurs animaux en leur inoculant de la salive prise sur un chien hydrophobe. Mais aucun des animaux ne devint enragé de ceux auxquels fut inoculé une salive corrigée par du suc gastrique de la grenouille. Valli employa le même moyen, à l'exclusion de tout autre et avec le même succès, chez le fils de la veuve Rosselmini et chez la servante de la maison, qui avaient été mordus par un chien de chasse en proie à une rage furieuse. Ainsi, d'ailleurs, que le fait observer une revue italienne (1), Eusèbe Valli mérite à plus d'un titre la reconnaissance de la postérité. Car, après être allé à Constantinople et à Smyrne, s'exposer à la contagion de la peste et se l'être inoculée par amour pour la science et l'humanité, il alla étudier la fièvre jaune à la Havane et en mourut le 24 septembre 1816. Il était né en 1768, et avait servi la France, en qualité de médecin d'un régiment qu'il accompagna, en 1783, jusque dans l'Inde. Voilà une vie glorieuse!

***

Aujourd'hui, par contre, la réclame fleurit plus que le dévouement désintéressé, et le charlatanisme lui fait un digne pendant.— Savez-vous que Mme X... a inventé « un modèle spécial de sac à linge, dit *fourre-tout?* » Non, vous l'ignorez! eh bien, vous ne l'ignoreriez pas (non plus que le nom de l'*inventrice*), si vous lisiez le BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. (V. le dernier numéro distribué le 20 juin, p. 788.) — Le même numéro annonce aussi qu'un certain limousin a découvert un nouveau remède pour la guérison des cors aux pieds, et cet honoré personnage daigne, par l'entremise du ministre du commerce et de l'industrie, faire connaître à l'Académie de médecine la formule de son remède.

Ouvrez les journaux tant politiques que scientifiques, vous y voyez que telle eau minérale guérit presque toutes les maladies.

(1) *Annali universali di medicina e chirurgica*, mai 1886, page 405.

tigue pour l'opérateur, il peut avoir raison; mais il serait désirable de préciser. Chaque fois que le diagnostic ne sera pas fait, que la main sera inhabile ou inexpérimentée, les forceps qui laisseront à la tête sa mobilité et lui permettront d'évoluer, seront d'un emploi plus avantageux que le Levret,— cela ne prouve en rien leur supériorité.

Les forceps de l'Ecole lyonnaise offrent, sous ce rapport, de plus grands avantages que le modèle de M. le professeur Tarnier. — Dans le forceps de M. Poullet, par exemple, la force de traction est appliquée au centre céphalique. Les attaches de la tige de traction étant souples, laissent à la tête une grande mobilité; la traction passant par le centre céphalique, le dérapement est fort difficile. La vis de pression est ici presque inutile; les cuillers sont, en effet, appliquées sur la tête fœtale, pendant la traction, avec une grande puissance, trop grande même, mais cet inconvénient peut être en partie corrigé.

Le seul avantage du forceps Tarnier se retrouve dans d'autres instruments qui n'offrent pas les mêmes défauts de construction: point d'attache des deux tiges mal placé; vis de pression mal placée, et, comme conséquence, dérapement, surtout dans les cas de tête volumineuse, de rétrécissement moyen, lorsque les efforts de traction doivent être énergiques.

Les raisons cliniques invoquées par M. Bailly: facilité d'extraction, intensité moins grande des efforts de traction, n'ont qu'une valeur relative et ne peuvent en rien détruire les enseignements de la théorie. Ces résultats, au reste, sont contestés par M. le professeur Pajot, par M. Charpentier.

Le forceps de Poullet, de Lyon, en supprimant divers inconvénients du forceps Tarnier, en réalisant le principe de Chassagny, qui veut qu'on applique la force de traction au centre céphalique, en laissant à la tête une mobilité de beaucoup plus grande, en permettant de se passer de la vis de pression et, par suite, de n'exercer des compressions sur la tête que pendant la traction, est certainement un instrument qui ne doit pas être dédaigné. — Cependant, pas plus que le forceps Tarnier, il ne permet de tirer suivant l'axe.

Les deux extrémités de la tige métallique de traction ne sont pas, en effet, absolument sur la ligne d'axe. Cette condition essentielle se trouverait-elle remplie, que la traction ne s'en ferait pas moins obliquement, car, la descente s'effectuant en ligne droite, d'après Fahbri, la tige métallique doit se déplacer parallèlement à elle-même, et elle en sera empêchée par la résistance des parties molles ou osseuses. — Il est vrai qu'au lieu de tirer directement sur la tige métallique, on pourrait s'en servir comme d'un levier, en la saisissant avec la main gauche, près de la vulve. — Ce mode opératoire pourrait être examiné.

MARIUS REY.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

V. TUBERCULOSE PRIMITIVE, ISOLÉE, DU THYMUS, par le professeur DEMME (*Fortschritte der Medicin*, 1886, n° 9, p. 315). — VI. COCCUS CAPSULÉS DANS LA BRONCHO-PNEUMONIE, par le docteur PIPPING (Ibidem, n° 10, p. 319). — VII. RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES (LE MICROBE DE LA SEPTICÉMIE SALIVAIRE ET LE MICROBE DE LA PNEUMONIE, par le professeur A. FRÆNKEL, de Berlin (*Zeitschrift für klin. Medicin.*, t. X, fasc. 5 et 6, p. 401, 1886). — VIII. RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES CONCERNANT L'INFLUENCE DU SOL SUR LE DÉVELOPPEMENT DES MICRO-ORGANISMES PATHOGÈNES, 1re communication, par le professeur SOYKA, de Prague (*Fortschritte der Medicin.*, 1886, n° 9, p. 281). — INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

V. Une petite fille, qui pesait à sa naissance 280 grammes, issue de parents sains, non tuberculeux, succomba le quarante-deuxième jour après la naissance aux suites d'une débilité et d'une atrophie progressive. A l'autopsie, on trouva dans le thymus trois tubercules de la grosseur d'un pois, et un quatrième de la grosseur d'une noisette. A l'examen microscopique, on ne découvrit qu'un petit nombre de bacilles de la tuberculose sur les coupes provenant de ces tubercules. Absence de lésions tuberculeuses dans les autres organes. L'enfant avait été nourrie avec du lait de vache bouilli. C'est pourquoi DEMME incline à voir dans ce cas un exemple de tuberculose congénitale.

Telle plage, telle station balnéaire, telle ville d'hiver, possède un printemps éternel.

En vérité, nous ne lisons pas assez les prospectus; que de faits intéressants l'on y apprend jusqu'ici ignorés. Il est permis de n'y pas croire, mais aucune loi ne défend d'en rire, de se désopiler hygiéniquement la rate par la lecture des élucubrations de certains industriels.

Un monsieur qui s'intitule pharmacien-chimiste nous adresse par exemple la lettre suivante :

Monsieur le Docteur,

Possesseur d'une recette d'un effet merveilleux dans toutes les affections d'estomac, et sollicité par un grand nombre de médecins de mes amis, je me décide à lancer dans le public ma Poudre digestive. Pour différencier ma spécialité de toutes les autres soi-disant analogues, je lui donne la dénomination fantaisiste de.....»

Et, afin de faire apprécier les sérieuses qualités de son nouveau produit, ce pharmacien offre, à titre d'essai, d'envoyer *franco* à domicile, aux docteurs, une boîte de son remède, en ne leur demandant que les deux-tiers du prix!

***

En voici un autre se disant *docteur.....*, ajoutant après son nom la qualification de «médecin spécialiste» et son adresse, qui envoie au public une brochure de plus de 100 pages dont voici le titre : *Tumeurs et cancers.* Exposé analytique de l'état actuel de la science sur cette matière. Traitement nouveau sans opération par exfoliation chimique. Observations de guérisons (6e édition).

Pour montrer l'importance, la valeur scientifique de ces observations, j'en copie une au hasard, la 80e et dernière, et je la cite *in extenso* : « 80. *Carcinome.*—Mme T..., 46 ans, à Paris. Squirrhe diffus du sein droit, avec ganglions axillaires. Exfolié et guéri en deux mois.» Et l'auteur ajoute triomphalement : Ces exemples, répondant aux cas les plus fréquents, suffiront à démontrer la puissance du procédé par exfoliation chimique.

***

Est-ce que dans les âges prochains, la prophylaxie de toutes maladies serait jugée par le suffrage universel et soumise à l'appréciation de la multitude? Pourquoi pas? On a déjà commencé

VI. A l'instigation du professeur Friedlander, M. PIPPING a fait des recherches sur la nature des micro-organismes pathogènes qu'on rencontre dans les cas de pneumonie lobulaire. Dans 7 cas sur 14 qui ont servi à ses recherches, l'auteur a découvert dans des préparations sèches du suc pulmonaire coloré avec du violet d'aniline et de gentiane, des bactéries en nombre variable, qui avaient une grande ressemblance avec les coccus de la pneumonie, comme forme et comme dimensions; la plupart étaient groupés deux par deux ou en chapelet. Dans trois cas, les coccus ovalaires étaient entourés de capsules à limites très nettes. La plupart de ces capsules enveloppaient deux ou plusieurs coccus. La pneumonie lobulaire était, dans ces trois cas, d'origine très récente et indépendante de toute maladie infectieuse aiguë. Dans l'un de ces cas, l'affection pulmonaire coïncidait avec un carcinôme du pylore, dans un autre avec des abcès froids multiples des hanches; enfin, dans le troisième, avec de l'atrophie sénile et de l'artério-sclérose.

L'auteur donne une description détaillée des résultats de l'examen histologique, des expériences de cultures et des expériences d'inoculations faites avec les produits pneumoniques recueillis dans ces trois cas. Les tentatives d'inoculations faites sur des souris, des cobayes et des lapins, ont abouti à des résultats positifs qui concordent avec ceux qu'avait obtenus antérieurement Friedlander, en opérant avec le coccus de la pneumonie franche.

Dans quatre autres cas où la pneumonie était également de date récente, l'auteur a découvert dans les foyers de lésions pulmonaires, des coccus d'une grande ressemblance avec ceux de la pneumonie franche, mais sans capsules. Les essais de culture (dans la gélatine) faits avec ces coccus sont restés stériles dans deux cas; dans les deux autres cas, elles ont abouti à l'éclosion d'un grand nombre d'espèces de bactéries; de coccus avec capsule, point.

Dans les sept autres cas de pneumonie lobulaire, la recherche des bactéries n'a donné que des résultats douteux ou négatifs. En fin de compte, l'auteur conclut que le coccus capsulé, considéré par un certain nombre de pathologistes comme étant le microbe spécifique de la pneumonie franche, est également l'agent pathogène de certaines variétés de broncho-pneumonies.

VIII. Dans un très important mémoire, le professeur FRAENKEL expose les recherches qu'il a poursuivies pendant plusieurs années, pour élucider la question des rapports des microcoques de la pneumonie et des micro-organismes qu'on trouve dans la salive de l'homme. Nous ne pouvons donner ici qu'un résumé des conclusions que l'auteur a développées dans un chapitre annexe de son volumineux mémoire.

Il existe divers schizomycètes bien caractérisés, qui paraissent doués de la propriété de développer une pneumonie lobulaire franche, quand ils viennent à s'introduire dans le parenchyme pulmonaire, chez l'homme. Jusqu'ici, on a réussi à isoler des foyers d'infiltration pneumonique deux variétés de schizomycètes de cette nature : 1° Le coccus capsulé de Friedlander, et 2° le diplococcus lancéolé, obtenu pour la première fois à l'état de culture pure (dans des milieux solides) par Fraenkel, identique, selon toute vraisemblance, avec le coccus lancéolé cultivé par Talamon dans des bouillons de culture, et avec le microcoque que Salvioli a découvert dans les exsudats pleural et péricardique de deux sujets morts de pneumonie.

Ces deux variétés de schizomycètes diffèrent à la fois par les effets pathogènes qu'ils produisent quand on les inocule à des animaux et par leurs caractères morphologiques macroscopiques et microscopiques. Le coccus de Friedlander se distingue par une énergie végétative extraordinaire, contrairement à ce qui a lieu pour le coccus lancéolé de Fraenkel-Talamon. Dans les cultures du premier, on trouve un nombre relativement considérable de bacilles; dans les cultures du second, les bacilles font défaut, on ne découvre que des diplococcus ovalaires. C'est pourquoi il serait désirable de réserver au premier l'appellation de *pneumobacillus*, en renonçant à celle de *pneumococcus* comme étant impropre, vu que sous ses formes les plus réduites, le micro-organisme de Friedlander n'est qu'un bacille rudimentaire. D'autre part, le pneumococcus ou pneumobacille de Friedlander, quand il est introduit (sous forme de pulvérisations) dans les voies respiratoires d'un animal (souris), tue rapidement; au contraire, le coccus lancéolé est dépourvu de cette virulence; les animaux que M. Fraenkel a soumis à des inhalations de cultures de ce coccus n'ont pas éprouvé de troubles manifestes.

Les deux variétés de schizomycètes en question ont cependant un trait commun, c'est que, *pas plus avec l'une qu'avec*

---

pour la vaccine. Il y a quelques semaines, les habitants du canton de Berne ont repoussé, par une majorité de 2,393 voix, le projet de loi tendant à rendre la vaccination obligatoire (26,215 pour; 28,608 contre). — *Et nunc erudimi, intelligite qui judicatis terram!*

***

De la note gaie, passons à la note triste, pour saluer ces morts depuis Bourdin (de Choisy-le-Roi), philanthrope et statisticien, depuis Legrand du Saulle, médecin légiste si laborieux, jusqu'à Gudden, ce malheureux aliéniste de Munich, tombant sous les coups de son royal client, et mourant noyé dans les mêmes flots que son malade, en passant par cet oculiste Pierdhouy (de Milan), mort à 37 ans, et par le regretté dermatologiste Auspitz (de Vienne).

Dr PETER-PAUL SOMANS.

— M. le médecin en chef de la marine Gillet, du port de Lorient, est nommé médecin en chef de l'escadre d'évolutions, en remplacement de M. Lucas, promu directeur du service de santé.

— Les candidats du concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés, qui doit s'ouvrir le lundi 28 juin 1886, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, sont au nombre de trois seulement. Ce sont : MM. les docteurs Gilson, Pinel et Ségalas.

Les membres du jury sont : MM. Bouchereau, Bigot, Baillarger, Espiau de Lamastre, Lancereaux, Hardy et Straus.

***

HOSPICE D'AMIENS. — Par suite de la retraite de MM. Lenoël, chirurgien-accoucheur de l'Hôtel-Dieu, et Dheilly, médecin des Incurables, M. Léger, chirurgien suppléant à l'Hôtel-Dieu, est nommé chirurgien-accoucheur dudit établissement.

Pendant la période scolaire, M. le docteur Lenoël, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine, reste chargé de la direction du service.

M. Bax, médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu, est nommé médecin des Incurables; M. Huber, médecin suppléant de Saint-Charles, et Bernard, médecin suppléant des Incurables, sont nommés, l'un chirurgien, l'autre suppléant de l'Hôtel-Dieu.

l'autre, on ne réussit d'une façon certaine à développer chez des animaux, par voie d'inoculation, une affection identique à la pneumonie lobaire fibrineuse de l'homme, même quand la matière virulente est injectée directement dans les poumons. Cette propriété négative est d'ailleurs commune à un grand nombre d'autres bactéries pathogènes.

Le bacille de la salive, dont M. Frænkel s'est occupé d'une façon spéciale dans la première partie de son mémoire, est identique au pneumo-coccus lancéolé. En le soumettant à une atténuation préalable par l'échauffement, et en l'inoculant ensuite à des animaux, M. Frænkel a vu survenir une inflammation pleuro-péricardique avec ou sans lésions pneumoniques des poumons; parfois ce résultat a été obtenu alors que la matière virulente avait été inoculée sous la peau de l'animal, preuve que le microbe de la salive possède une aptitude spéciale à s'insinuer dans les organes thoraciques (plèvre, péricarde, poumons), pour y fomenter des processus inflammatoires.

Quant à la fréquence relative avec laquelle les deux variétés de schizomycètes (coccus capsulé et coccus lancéolé) interviennent dans le développement de la pneumonie, M. Frænkel fait remarquer que le microbe de la septicémie salivaire (identique au coccus lancéolé) se rencontre beaucoup plus souvent dans les crachats des pneumoniques que dans les crachats des individus bien portants, qu'on n'a jamais réussi à isoler le coccus capsulé de Friedlander des crachats rouillés des pneumoniques, double raison de croire que le coccus lancéolé représente l'agent pathogène habituel de la pneumonie.

VIII. M. Soyka a institué des recherches pour étudier l'influence que la constitution et le degré d'humidité du sol exercent sur le développement des spores de deux schizomycètes : spore charbonneux et spore de la bactérie du foin. Pour ce qui concerne la technique de ses recherches, nous renvoyons à l'original, nous contentant de faire connaître les principaux résultats obtenus par l'auteur.

Des recherches de M. Soyka il résulte d'abord, que le sol exerce sur le développement des spores charbonneuses une influence qui lui appartient en propre, en ce sens que des bacilles charbonneux étant ensemencés dans un bouillon de culture, le développement des spores se fait avec une rapidite moindre dans ce liquide conservé *in vitro* que si le même liquide imprègne un terrain poreux.

D'autre part, le degré d'humidité du sol exerce une influence considérable sur le développement des spores. Ce développement atteint son maximum d'intensité et de rapidité quand la proportion de liquide par rapport au sol qu'il imbibe se trouve comprise entre 75 et 25 pour 100 : c'est ce que l'auteur appelle le degré d'humidité *optimum*.

Le sol, considéré en lui-même, et le degré d'humidité du sol exercent donc sur le développement des spores une influence analogue à celle de la température. Cette influence, d'après l'auteur, est essentiellement de nature physico-chimique ; elle réside dans une modification imprimée aux matériaux nutritifs et dans une intervention de l'oxygène de l'air. Pour ce qui est du premier de ces deux facteurs, l'auteur fait remarquer que lorsque dans un terrain poreux la proportion d'eau ne dépasse pas un certain chiffre, le liquide tapisse les grains de sable sous forme de lamelles minces capillaires ; que dès lors, en l'absence de tout ébranlement mécanique, les échanges et les phénomènes de diffusion s'opèrent très difficilement au sein de la masse liquide; que par suite les micro-organismes sont réduits à épuiser sur place les matériaux nutritifs nécessaires à leur accroissement, et que leurs produits d'excrétion saturent très rapidement le milieu ambiant. L'épaisseur de la nappe liquide qui enveloppe chaque grain de sable intervient ainsi pour réaliser des circonstances plus ou moins favorables au développement des spores. La porosité du sol a aussi pour effet d'accroître dans des proportions considérables l'étendue de la nappe liquide qui vient en contact avec l'oxygène de l'air. Et comme les corps solides condensent à leur surface des particules gazeuses, il en résulte que dans un terrain poreux imbibé de liquide, celui-ci vient en contact avec l'oxygène par les deux faces de la nappe qu'il forme autour de chaque grain. Cette condensation de particules gazeuses à la surface des grains de sable explique sans doute pourquoi, dans un terrain poreux complètement imbibé de liquide, celui-ci s'élevant même à un certain niveau au-dessus du sol, le développement des spores est encore activé, ainsi qu'il résulte des expériences de M. Soyka.

E. Ricklin.

Indications bibliographiques.

I. *Sur la question des bacilles* (dits) *de la syphilis et de la tuberculose*, par B. Bienstock *(Fortschritte der Medicin.*, 1886, nº 6, p. 193). L'auteur soutient que la réaction d'Erlich (pour la recherche des bacilles de la tuberculose) n'a pas une valeur pathognomonique. — II. *Sur la réaction colorante des bacilles de la tuberculose*, par C. Friedlander (Ibidem, nº 6, p. 196).—Réfutation de la note qui précède. — III. *Sur les relations des bacilles et des coccus*, par A. Lutz (Ibidem, nº 10, p. 327).—IV. *Sur les propriétés biologiques des microphytes normaux de la peau*, par le docteur Bornoni (Ibidem, nº 5, p. 151).— V. *Sur les coccus de l'area celsi*, par Michelson (Ibidem, nº 5, p. 230). Les auteurs de ces deux derniers travaux soutiennent que les coccus décrits par Sehlen comme étant les agents pathogènes de l'*alopecia areata* n'ont aucune signification pathologique.— VI. *Le contage de la péripneumonie bovine contagieuse*, par Poels et Nolen (Ibidem, nº 7, p. 217). — E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Mémoires de médecine et de chirurgie, par le docteur Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux. — Un volume in-8. — G. Masson, éditeur. Paris, 1885.

Quoique la tendance soit en ce jour des plus marquées à la spécialisation, un médecin réellement digne de ce nom ne peut moralement se retrancher derrière elle pour refuser ses soins à un homme dont la vie est en danger. Il s'ensuit que tout praticien, exclusivement médecin ou exclusivement chirurgien à l'hôpital, peut être appelé à traiter en ville, suivant les hasards de la clientèle, des cas relatifs à la médecine proprement dite, à la chirurgie, à la toxicologie, à la thérapeutique, et aux branches les plus diverses des sciences médicales. Il y aurait grand intérêt à ce qu'il pût les recueillir, les rédiger et faire, à leurs sujets, les études bibliographiques nécessaires pour les livrer à la publicité. Les débutants s'ini-

tieraient plus aisément à la pratique journalière et compléteraient leurs connaissances puisées dans les traités classiques et dans les cliniques des hôpitaux. L'auteur a pu, en triomphant de nombreuses difficultés, écrire à la hâte l'histoire de quelques malades et consigner, à la suite, les réflexions suggérées par ces intéressants sujets. Les observations éparses qu'il nous livre reflètent, au jour le jour, la relation des faits les plus particuliers d'un certain nombre d'années consacrées à la pratique médicale.

C'est par le traitement de la hernie étranglée que M. Masse entre en matière. A l'occasion de deux cas récemment observés, il pose en principe que le taxis peut être tenté avec plus de persistance chez les vieillards que chez les adultes, et que la réduction nécessite plus d'adresse que de force.

Une petite étude sur l'élongation des nerfs vient rappeler l'historique de cette opération et les résultats favorables qu'elle a permis d'obtenir dans les névralgies, le tétanos, les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice.

Il est remémoré que le traitement du sarcome épithélial de la langue consiste dans l'extirpation radicale du mal avec ligature préalable de l'artère linguale, si la lésion est très étendue.

Quelques pages sur la pleurésie purulente chez l'enfant ont pour conclusion que l'on devra recourir bien rarement à l'opération de l'empyème. Mais si la suppuration continue malgré l'évacuation fréquente du pus et les lavages détersifs, on ne doit pas hésiter à faire la pleurotomie, opération réussissant bien plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte et surtout chez le vieillard.

Les kystes et tumeurs perlées de l'iris sont un sujet de prédilection pour le savant professeur de Bordeaux. Ses nombreuses expériences lui ont démontré qu'ils résultent de greffes conjonctivales consécutives à des plaies pénétrantes de la cornée.

Après quelques indications thérapeutiques relatives à un abcès du sinus frontal, l'auteur consacre deux chapitres à la luxation du coude en arrière. Il proclame l'excellence du procédé du genou pour obtenir la réduction, n'ayant recours aux instruments mécaniques que pour des lésions anciennes.

On relève çà et là des cas curieux d'empoisonnements par la belladone, extrait et feuilles, par les gouttes amères de Beaumé; à signaler également une étude fort intéressante sur les accidents consécutifs à l'usage de viandes cuites sur des braises toxiques provenant de vieux bois peints à la céruse.

Il ressort des faits consignés que la réinfection syphilitique peut se produire. On l'a vu se manifester pendant l'incubation de la vérole; il est même probable qu'en ce moment elle est assez facile. Celle de la période secondaire est plus rare, mais on en retrouve un plus grand nombre dans la période tertiaire.

Dans un chapitre sur les lésions du système musculaire dans les arthropathies, M. Masse étudie leur rôle suivant les attitudes des malades aux diverses périodes de la coxalgie et s'élève contre la théorie proposée par M. Verneuil. « Les attitudes du début des arthropathies, dit-il, sont, en général, inspirées aux malades par le soulagement qu'ils éprouvent; ils arrivent petit à petit, et par le tâtonnement, à trouver l'attitude qui relâche le mieux leurs ligaments et qui donne le maximum de capacité à leur synoviale articulaire. Dans la coxalgie, les malades se placent donc d'eux mêmes et sans l'intervention des contractions dans l'attitude d'abduction et de flexion. S'il survient, au bout d'un certain temps, une certaine raideur musculaire dans cette attitude, il faut plutôt en accuser la fatigue musculaire due à des contractures volontaires de longue durée qu'à l'intervention de véritables contractures. »

Suivent d'autres études fort instructives sur les rétrécissements multiples de l'urèthre avec fistules périnéales, sur le kousso, sur la transplantation des tissus dans l'organisme, sur l'ostéo-périostite du corps du maxillaire supérieur, sur la grenouillette de la bourse muqueuse de Fleischmann, sur le traitement de l'éclampsie par le chloral, et enfin sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

Il n'est pas besoin, sans doute, d'en dire plus long pour démontrer tout l'intérêt qui s'attache à la lecture des mémoires du professeur de la Faculté de Bordeaux.

Le service ophtalmologique du Val-de-Grâce.

Si, par son importance, par le rôle considérable qu'il joue dans nos rapports avec le monde extérieur, l'œil a dû appeler de tout temps l'attention des hommes chargés de soigner leurs semblables, il n'en est pas moins vrai que l'ophthalmologie a été loin de suivre la marche graduelle et constamment progressive des autres sciences. Sans entrer dans l'énumération des différentes étapes qu'elle a pu parcourir, de ses alternatives d'ascension et d'abaissement, il convient de s'arrêter au dix-huitième siécle pour lui voir prendre une allure nettement définie ayant l'anatomie et la physiologie comme bases solides. La France, qui tient alors le premier rang, se laisse bientôt distancer par l'Allemagne à qui l'on est redevable des principales acquisitions en oculistique durant presque toute la moitié du dix-neuvième siécle, augmentées de celles dont l'Angleterre, l'Italie et l'Amérique peuvent se montrer justement fières. Le piétinement sur place qui se produit chez nous tient incontestablement à un manque absolu d'enseignement officiel. N'est-il pas surprenant de voir la Faculté de médecine de Paris, à tous autres égards si universellement célèbre, inaugurer sa clinique ophthalmologique il y a six ans à peine, alors que des villes telles que Vienne, Gottingue, Berlin, Prague, Leipzig, Pesth, Breslau, Heidelberg, Bonn, Nuremberg, Erfurt, Dresde... en étaient depuis longtemps pourvues? Si les cours libres ont multiplié leurs efforts pour combler cette singulière lacune, pour propager et faire aimer dans notre pays l'étude de la pathologie oculaire, le Val-de-Grâce, par son enseignement spécial, a tenu dans le mouvement une place marquée, et personne n'ignore la violente impulsion donnée par notre excellent maître M. le médecin inspecteur Perrin, le talent et le dévouement dont il a fait preuve pour former une série de praticiens distingués. Il disposait cependant de ressources bien restreintes, puisqu'elles se réduisaient aux malades hospitalisés, à quelques soldats amenés par les médecins des régiments, à des évacuations de province. Les mêmes éléments mis en 1880 à la disposition de son successeur se trouvent accrus deux ans après par l'envoi, du bureau de recrutement, des jeunes gens candidats aux écoles militaires, conditionnels et autres, des réservistes, territoriaux, dispensés renonciataires, ajournés, et dès lors était définitivement installé un service d'expertise oculaire. Les résultats fournis ont été à tous égards féconds si l'on en juge par le travail que publie M. le professeur Chaudet sur la *statistique du service et des examens de la vision pratiqués depuis 1882* (Archives de médecine militaire, 1er février 1886).

Il a été fait 3,375 examens ophthalmologiques du 1er janvier 1882 au 1er septembre 1885. Les mois de mars et avril, ceux de juillet et août, sont les plus chargés, à cause des candidats aux écoles d'une part, des engagés conditionnels de l'autre. La majorité des observés, soit 75 0/0, est comprise entre 18 et 21 ans inclus.

Au point de vue de la réfraction statique, les sujets ont été divisés en myopes, hypermétropes et astigmates.

Il y a en 57 % de myopes faibles (0 à 3 dioptries compris); 33 % de myopes moyens (3,50 à 6 dioptries); 8,50 % de myopes forts (6,50 à 10 dioptries); 1,74 % de myopes très forts (10 dioptries et au delà).

Deux fois sur trois, le degré est sensiblement le même pour les deux yeux; dans un tiers, la différence est supérieure à 1/2 dioptrie. Enfin, l'affection a paru héréditaire 38,4 %.

Même avec des verres correcteurs, la vision chez les myopes simples est loin d'être ramenée à la normale dans la majorité des cas : elle reste tributaire du vice de réfraction, c'est dire qu'elle est d'autant moindre que celui-ci est plus élevé. L'astigmatisme, qui se montre dans un peu plus du tiers des cas, est une cause de cet affaiblissement, mais s'il est inférieur à une dioptrie, la correction sphérique suffit généralement pour ramener au-dessus de 1/4 l'acuité visuelle des myopes même forts, tandis qu'il exerce une influence déprimante appréciable s'il dépasse deux dioptries.

Comme lésions, on a rencontré dans les 2/5 environ des cas de staphylôme au premier degré; il s'est trouvé de 1/5 au deuxième degré, des altérations plus graves n'ayant été constatées que deux fois sur cent. Elles sont en général plus fréquentes et plus étendues dans les degrés élevés de la brachymétropie.

« En résumé, dit M. Chauvel, l'étude des conditions de la vision chez les myopes conduit à des conclusions voisines de celles adoptées par le conseil de santé dans ses instructions. Les myopes, jusqu'à 6 dioptries, possèdent après correction une acuité moyenne suffisante pour le service armé. Personnellement cependant nous serions porté à réduire à 5 et même à 4 le degre de brachymétropie acceptable dans l'armée, nous basant sur cette considération que les myopies supérieures exigent deux sortes de verres, les uns pour la vision à distance, les autres pour le travail de près. »

L'hypermétropie n'a pas toujours une influence dépressive pour la vision éloignée. Voilà pourquoi les sujets atteints de cette affection semblent moins nombreux qu'ils ne le sont en réalité. Quoi qu'il en soit, les amétropies faibles ont été les plus communes, et 74,40 % ou près des trois quarts se trouvent comprises entre 0 et trois dioptries. L'acuité visuelle s'est trouvée chez eux peu élevée. Pour moins du quart, elle est supérieure à 1/3, et un tiers seulement possède une vue compatible avec le service militaire. Chez les autres, elle descend parfois jusqu'à 1/10 et même plus bas encore.

La correction à l'aide des verres a été parfois impossible en raison de l'existence d'un astigmatisme prononcé, d'un strabisme ancien ou de causes restées inconnues.

Des jeunes hypermétropes observés, 63,2 0/0 sont véritablement astigmates et un tiers d'entre eux seulement jouissaient d'une acuité supérieure à 1/4 exigée pour être soldat.

La proportion des anisométropies est de plus de 1/8, et si « l'on tient compte, dit M. Chauvel, d'un assez grand nombre de sujets qui ont échappé à un examen approfondi, si l'on remarque, d'un autre côté, que les différences de réfraction supérieures à 1 dioptrie sont très communes chez les myopes, les hypermétropes, les astigmates, on en conclura avec assez de raison que l'égalité de réfraction des deux yeux, loin d'être la règle, n'est, au contraire, que l'exception. »

L'astigmatisme a été déterminé au moyen de l'ophthalmomètre de Javal et Schœtz. Dans l'érométropie, les degrés faibles forment plus de la moitié des cas; ceux de 2 à 5 dioptries sont plus fréquents, tandis qu'ils sont assez communs au-dessus de ce dernier chiffre. Les quatre cinquièmes des myopes sont faiblement astigmates, tandis que, dans l'hypermétropie, les degrés moyens étaient les plus nombreux. Ce vice de réfraction est une cause très importante d'affaiblissement de la vision, et M. Chauvel, préoccupé depuis longtemps de trouver un moyen simple et facile de détermination objective, vient de décrire (ARCHIVES DE MÉDECINE MILITAIRE, 16 mai 1886) celui qui lui a donné les meilleurs résultats. Il est basé sur la constatation des images cornéennes. Deux lignes perpendiculaires et quatre cercles concentriques, dont le plus extérieur a 7 centimètres de rayon, séparés par 1 centimètre d'intervalle, sont tracés sur une feuille de papier blanc collée sur une plaque solide de bois ou de métal, munie d'un manche suivant le prolongement d'une des perpendiculaires. Par un trou central, muni d'une lentille bi-convexe de 4 à 6 dioptries, l'oculiste fixe la cornée de l'observé et voit par réflexion une image virtuelle droite plus petite que l'objet. Si les cercles sont parfaitement réguliers et les lignes bien perpendiculaires, l'astigmatisme n'est pas appréciable ou ne dépasse pas deux dioptries. Dès qu'il apparaît des ovales concentriques nettement formés, il existe un astigmatisme prononcé qui devient irrégulier si l'image cornéenne présente des lignes ondulées, brisées, se courbant et se déjetant en tous sens, s'écartant en un point, se rapprochant en un autre. Cet appareil très simple, remarquable par son maniement des plus faciles, est appelé à rendre de grands services.

Il n'est sans doute pas besoin d'entrer dans le détail des lésions pathologiques causes ou non d'amblyopies constatées et consignées dans les ARCHIVES pour montrer tout l'intérêt qui s'attache à la lecture du travail de M. le professeur Chauvel. Nous pensons en avoir assez dit pour prouver le vif intérêt, l'incessante sollicitude qu'il porte à l'enseignement et au progrès de la science ophthalmologique.

CHARLES AMAT.

REVUE DES THÈSES

Pathologie mentale

TROUBLES DE LA NUTRITION DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS, par le docteur GATIEN-FRANÇOIS LIAN. — Thèse de Paris, 1885.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1º Les troubles de la nutrition sont constants, profonds et présentent des caractères tout spéciaux et liés à la nature même de cette affection;

2º Les phénomènes du système nerveux de la vie animale, comme le délire, le tremblement, sont souvent précédés par les symptômes pupillaires et autres, qui sont d'ordre végétatif.

Enfin, si certaines maladies à symptômes variés et éclatants, les affections vermineuses chez les enfants, la fièvre

typhoïde par exemple, ont quelquefois une origine très modeste, la polyparésie est peut-être de même, et son avenir dépend de recherches assidues et dirigées avec soin dans le domaine si vaste et si obscur de la vie végétative.

C'est, comme on le voit, la reproduction pure et simple de la théorie émise, il y a quelques années, par MM. Bonnet et Poincarré, qui pensent que la paralysie générale progressive est surtout et avant tout une maladie du grand sympathique.

Quelques considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif en général, par le docteur E. Doyen. — Thèse de Paris, 1885.

Sous le nom de « délire émotif », Morel a décrit, en 1865, certaines formes de délire avec conscience dans lesquelles prédomine l'émotivité et dont il donna comme un des types la crainte du contact de certains objets. Depuis cette époque, de nombreuses variétés nouvelles de ce délire ont été signalées et décrites sous les noms d'agoraphobie, d'onomatomanie, etc., etc. C'est, comme on le voit, une véritable débauche de grec. Au fond, il était plus simple de suivre la voie tracée par Morel, et de considérer toutes ces particularités morbides comme de simples variétés de délire émotif ne méritant pas une appellation scientifique spéciale.

Il faut d'autant plus féliciter M. Doyen de sa thèse sur ce sujet que, loin de céder à l'entraînement général en mettant au jour, sous une nouvelle dénomination hellénique, une nouvelle forme de ces obsessions anxieuses, il a tenté de réunir les principales de celles déjà connues dans une étude d'ensemble. Sa tentative a d'ailleurs été couronnée de succès, car son travail présente le plus grand intérêt clinique et pratique.

Considérant ces états psychologiques, dans lesquels la terreur morbide joue le rôle capital, comme un ensemble clinique dont les deux extrêmes sont, au degré le plus faible, la crainte de certains objets isolée et, au degré le plus élevé, la panophobie, l'auteur en décrit les principaux caractères avec observations à l'appui, s'attachant surtout à démontrer leurs caractères communs.

Pour lui, les nombreuses variétés de ces terreurs morbides, dont certains auteurs ont prétendu créer des entités pathologiques, ne sont que les manifestations diverses d'un état de susceptibilité du système nerveux. Dans les cas les plus simples, comme il le montre, elles peuvent se présenter isolées, parfois elles alternent entre elles à l'infini ou coexistent en plus ou moins grand nombre; enfin elles se généralisent souvent, donnant lieu alors à ce qu'on appelle la mélancolie avec conscience.

Au point de vue étiologique, M. Doyen confirme le rôle prépondérant de l'hérédité dans la production du délire émotif, mais il fait remarquer qu'elle ne constitue pas à elle seule l'unique condition étiologique de cet état nerveux et que, dans certaines circonstances, il y a lieu de le rattacher à d'autres causes, telles, par exemple, que l'hystérie, la convalescence de maladies graves en général, la misère physiologique, certaines intoxications, et, chez la femme, les affections utérines et parfois même la grossesse.

Le pronostic est généralement grave. Toutefois, tandis que chez les héréditaires on ne peut guère espérer une guérison définitive, chez les autres sujets, où la maladie s'est développée sous l'influence d'une cause accidentelle, il est possible d'obtenir une amélioration sérieuse et quelquefois même la guérison.

Dr E. Régis

Étude sur les fistules de l'uretère, par M. Biar, interne des hôpitaux de Bordeaux. — Thèse de Bordeaux, 1885.

Dans une thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Bordeaux, M. Biar traite des fistules de l'uretère. Après un court avant-propos, il dresse un tableau synoptique où il énumère les différents cas de fitules uretérales connus de lui; puis il rapporte l'histoire d'une malade observée dans le service d'un de ses maîtres. C'est le chapitre premier.

Dans le second chapitre, il étudie successivement les causes, les symptômes, le diagnostic, la marche et le pronostic des fistules uretérales.

Il consacre enfin la troisième et la plus importante partie de son travail au traitement de cette affection.

La thèse de M. Biar est faite avec soin; elle a nécessité des recherches assez nombreuses; les faits y sont consignés avec exactitude et méthode. Mais plusieurs points nous semblent mériter critique.

Dans une étude générale des fistules uretérales, l'auteur oublie trop souvent le titre de son travail, pour se rappeler trop la malade qu'il a observée et qui portait une fistule uretéro-vaginale. Il aurait mieux appelé sa thèse : « Des fistules vaginales de l'uretère ».

Dans le chapitre des causes, nous trouvons une classification bien arbitraire. Pourquoi établir quatre classes de fistules uretérales (traumatiques, organiques, puerpérales, opératoires), quand les deux derniers groupes rentrent dans le premier ou au moins dans les deux premiers?

C'est surtout le chapitre de la symptomatologie qu'on peut attaquer. Nous craignons fort que la limpidité et la clarté de l'urine s'écoulant de l'orifice fistuleux n'aient pas l'importance que leur attribue l'auteur. Il est vraisemblable que si, au lieu de l'examiner sortant goutte à goutte, comme il l'a fait, M. Biar eût examiné comparativement dans deux vases semblables, des quantités égales d'urine uretérale droite et gauche, vues sous une même épaisseur, la différence eût été bien peu marquée.

Mais où nous saurions encore moins accepter les idées de l'auteur, c'est quand il interprète la diminution de l'urée constatée par lui dans l'urine émise par l'orifice uretérale. On sait, en effet, comme il le dit, que l'augmentation de pression dans l'uretère, compatible seulement avec une diminution compensatrice de celle de l'artère rénale, conduit à une sécrétion un peu moindre des principes extractifs de l'urine (urée, xanthine, leucine, etc.); mais on sait aussi que ce qui diminue surtout, c'est la quantité d'urée excrétée. Nous concéderions donc à la rigueur, à M. Biar, que la canule introduite dans l'uretère, a pu gêner l'écoulement de l'urine, augmenter la pression uretérale et diminuer la quantité d'urée, s'il ne prenait soin de nous dire, aussitôt son interprétation donnée, que chez sa malade (*loi générale*, du reste), les deux uretères ont émis toujours une quantité très sensiblement égale d'urine, et que si, à un moment donné, l'uretère fistuleux a paru en fournir moins, cela tenait à l'écoulement d'une certaine quantité entre la sonde et les parois uretérales, qui passait ensuite, partie dans le vagin, partie dans la vessie. Au reste, nous ne saurions incriminer la réduction de calibre par mise en jeu des propriétés contractiles de l'uretère, car il nous paraît que

l'effet de la section est un phénomène paralytique, c'est-à-dire un phénomène de dilatation et non pas un phénomène d'activité fonctionnelle, c'est-à-dire de contraction.

Enfin, des questions de détail. Pourquoi faire porter le diagnostic de « carcinôme du col utérin », et mettre en tête de l'observation de sa malade « Carcinôme du col utérin », quand, d'une part, on sait que ce carcinôme, si tant est qu'il existe, est une rareté pathologique, et que, de l'autre, l'examen histologique ultérieur a démontré la nature épithéliale de la tumeur ?

Malgré ces quelques défauts, la thèse de M. Biar est un travail sérieux, qu'on consultera avec fruit, pour l'étude des fistules de l'uretère, et dont la partie thérapeutique contient des aperçus assez judicieux sur le traitement de cette pénible infirmité. P. SEBILEAU.

BULLETIN

CONFÉRENCE SUR LA RAGE ET SA PROPHYLAXIE.

Dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, notre collaborateur, M. Fabre (de Commentry), a consacré un bulletin à l'exposition d'hygiène qui se tient actuellement dans une annexe de l'Hôtel-de-Ville (ancienne caserne Lobau). Il a parlé des conférences du soir qui ont été adjointes à l'exposition par le comité organisateur, pour fournir à un certain nombre de personnes compétentes l'occasion d'initier le public aux questions les plus diverses afférentes à l'hygiène.

Mardi dernier, un auditoire d'élite, composé en grande partie de médecins, se pressait dans la salle où se font ces conférences, pour entendre un des jeunes professeurs de la Faculté de médecine, M. J. Grancher, devenu le collaborateur dévoué de M. Pasteur, traiter une question pleine d'actualité : la rage et sa prophylaxie.

L'empressement du public a été tel que beaucoup de ceux qui avaient accouru, même bien avant l'heure annoncée, n'ont pu trouver place dans un local peu fait pour donner une idée favorable des progrès de l'hygiène pratique en matière d'habitat.

Nous avons été de ce nombre ; aussi sommes-nous réduit à faire connaître à nos lecteurs, sous forme de tableaux statistiques, la substance des documents sur lesquels s'est appuyé M. Grancher, pour établir la parfaite efficacité de l'inoculation pastorienne appliquée à la prophylaxie et au traitement de la rage.

Nous sommes heureux de constater le succès considérable remporté par le sympathique conférencier.

E. R.

TABLEAUX STATISTIQUES

Tableau A. — Nombre de personnes mordues avant le 22 avril 1886 par un chien reconnu enragé (*certitude expérimentale*), 96 ; mort, 1. — Mortalité : 1,04 pour 100 ou 10 pour 1,000 en chiffre rond.

Tableau B. — Nombre de personnes mordues avant le 22 avril par un chien reconnu enragé (*certitude clinique*), 644 ; morts, 3. — Mortalité : 0,46 pour 100 ou 5 pour 1,000 en chiffre rond.

Ensemble, ces deux statistiques, comparées à celle de M. Leblanc, donnent une mortalité moyenne de 75 pour 1,000, au lieu de 160 pour 1,000.

Tableau C. — Nombre de personnes mordues avant le 22 avril 1886 par loup enragé, 48 ; morts, 7. — Mortalité : 14 pour 100.

La statistique des huit documents cités par M. Pasteur donne une mortalité de 82 pour 100 ; celle de M. Brouardel 67 pour 100. L'écart entre les deux résultats reste toujours considérable.

STATISTIQUES SPÉCIALES DES RÉSULTATS DE LA MORSURE DES PARTIES DÉCOUVERTES (FACE ET MAINS).

Tableau A.—Personnes mordues à la face et aux mains avant le 22 avril par un chien enragé (*preuves expérimentales*), 54 ; mort, 1.—Mortalité : 1,8 p. 100 p. 1,000.

Tableau B.—Personnes mordues à la face et aux mains avant le 22 avril par un chien reconnu enragé (*preuves cliniques*), 400 ; morts, 3.—Mortalité : 0,75 p. 1,000.

Or, les documents du Comité consultatif d'hygiène, 1862 à 1872, donnent pour la morsure du visage une mortalité de 88 p. 100, 880 p. 1,000 ; et pour celle des mains une mortalité de 67,25 p. 100, 667 p. 1,000 (1).

En prenant la moyenne de ces deux chiffres, c'est-à-dire en confondant comme dans nos tableaux les morsures aux mains et au visage, on arrive à 800 morts pour mille au lieu de 18 et 7,5 pour mille.

EFFICACITÉ DES TROIS VACCINS.

A. *De Jenner.* — B. *Charbonneux.* — C. *Rabique.*

A. — Avant la vaccination jennérienne (2) : Les non vaccinés mouraient de la variole dans la proportion de 500 p. 1,000 ; depuis la vaccination jennérienne, les mal vaccinés meurent dans la proportion de 260 p. 1,000 ; les bien vaccinés, de 23 p. 1,000.

L'action préservatrice du vaccin Jenner est donc représentée par la valeur absolue 500/23, c'est-à-dire 21,70.

B —Les vétérinaires (au nombre de plus de 200) qui se servent du vaccin charbonneux donnent les statistiques suivantes :

Mortalité avant le vaccin, 120 p. 1,000 ; après le vaccin, 5 p. 1,000 en moyenne.

L'action préservatrice du vaccin charbonneux est donc représentée par la valeur absolue 120/5, c'est-à-dire 24.

C.—Les statistiques comparées de M. Leblanc et de M. Pasteur donnent les chiffres suivants :

Mortalité avant la vaccination, 160 p. 1,000 ; après la vaccination, 7 p. 1,000.

L'action préservatrice du vaccin rabique est donc représentée par la valeur absolue 160/7, c'est-à-dire 28,85.

Le pouvoir des trois vaccins paraît sensiblement égal.

NOTES & INFORMATIONS

INSTITUT PASTEUR. — Le Conseil des Etats de la Suisse a adopté, à l'unanimité, sans discussion, dans sa séance du 19 juin, une motion invitant le Conseil fédéral à examiner la question relative à l'inscription au prochain budget d'une somme pour l'Institut Pasteur.

— Le gouvernement russe a donné une somme de cent mille francs pour l'Institut Pasteur.

— Les internes des hôpitaux de Paris ont offert à M. Pasteur la somme de 500 francs, montant de leur souscription pour l'Institut vaccinal.

— Le docteur Ferreira dos Santos vient d'arriver à Paris, chargé par le gouvernement brésilien de suivre les travaux de M. Pasteur, en vue de l'installation d'un institut pour le traite-

(1) Brouardel. Art. *Rage.* DICTIONN. ENCYCLOPED., page 201.
(2) Dr Mac-Combie.

ment de la rage, pouvant préserver la côte Est de l'Amérique du Sud et pour les développements scientifiques auxquels doit conduire cette découverte.

M. le docteur Ferreira dos Santos est chargé de remettre à M. Pasteur, avec une lettre de S. M. don Pedro II, la grand'croix de l'ordre de la Rose.

— Dans sa dernière session, le conseil général du Rhône a voté une somme de 1.000 fr. pour l'Institut Pasteur. Le Conseil a, en outre, émis le vœu de voir les laboratoires de nos Facultés de province pourvues de vaccin antirabique dès que l'illustre savant aura définitivement établi les principes de sa méthode,

Un second crédit prévisionnel de 500 francs a été inscrit pour faire face aux frais de voyage des indigeuts du département du Rhône mordus par des chiens enragés.

Le Conseil municipal de Lyon a également, dans une de ses dernières séances, voté une somme de 1.000 fr. pour l'Institut Pasteur.

Association des médecins de France. — M. Brun, trésorier de l'Association, a encaissé les dons et legs suivants:

De MM. les docteurs Hérard	100 fr.
— Morel d'Arleux	1.520
— Passant	100
— Foville	100
— Leroy-Dupré	200
— Burdel (de Vierzon)	100
— Péan	200
— Trumet de Fontarce	300
— Ricord	500
— Gosselin	300
— Campbell (Legs)	10.000
	13.420

— La distribution des prix aux internes en pharmacie des hôpitaux de Paris, aura lieu mardi prochain 29 juin 1886, à 2 heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'assistance publique. Dans cette même séance seront proclamés les noms des internes admis à la suite du concours de 1886.

— Dans la séance du 18 juin du conseil municipal de Paris, M. Robinet, au nom de la commission sanitaire, a déposé une proposition invitant l'Administration à préparer d'urgence, d'accord avec l'administration de l'Assistance publique, un projet d'organisation du Musée municipal d'hygiène. L'Exposition actuelle de la caserne Lobau en fournirait les premiers éléments, et le musée serait installé dans l'ancienne église de St-Julien-le-Pauvre. Cette proposition a été renvoyée à l'administration locale.

NOUVELLES

Nécrologie. — MM. les docteurs Tavenaux, récemment nommé médecin du bureau de bienfaisance du XV° arrondissement de Paris; — Moroux, de Saint-Benoît du Sault; — Peruy, médecin principal en retraite; — Séverin Caussé, chevalier de la Légion d'honneur, officier d'Académie, président de l'Association des médecins de l'arrondissement d'Albi, professeur à l'École de médecine de Toulouse, décédé à Albi, le 15 juin 1886, dans sa 83° année; — J.-B. Durand, rue du Bac, 92, ancien interne des hôpitaux de Paris, reçu docteur en 1843, médecin honoraire des bureaux de bienfaisance de Paris, décédé à l'âge de 76 ans.

***

Académie des sciences. — L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance du 21 juin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Vulpian, nommé il y a deux mois secrétaire perpétuel.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 55, la majorité 28 :

M. Brown-Séquard a été élu par 36 voix, contre 19 voix données à M. Germain Sée.

***

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — Le concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie vient de se terminer. Ont été nommés : MM. Delbet, Sebileau, Potherat, Récamier, Lyot et Thiery.

***

Concours d'agrégation *(physique, chimie et pharmacologie.* — Après la séance d'élimination qui a eu lieu jeudi, 17 juin 1886, les douze candidats restants ont tiré au sort l'ordre dans lequel aurait lieu la première épreuve définitive (leçon d'une heure après vingt-quatre heures de préparation libre sur un sujet emprunté à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est fait inscrire). Cet ordre a été fixé ainsi qu'il suit :

Physique. — Vendredi 18 juin, MM. Borel et Malosse; — samedi 19, MM. Didelot et Lauret; — lundi 21, M. Leroy.

Chimie — Lundi 21, M. Villejean; — mardi 22, MM. Guérin et Hougounenq; — jeudi 24, MM. Morelle et Lembling.

Pharmacologie. — Mercredi 23, MM. Thibaud et Florence.

Dans cette même séance de jeudi, les sujets de thèses ci-dessous indiqués ont été tirés par les douze candidats suivants :

M. Borel, l'Electrolyse, — M. Didelot, les changements d'état; — M. Florent, les alcaloïdes des solanées; — M. Guérin, origine et transformation des matières azotées chez les êtres vivants; — M. Hougounenq, les alcaloïdes d'origine animale; — M. Lambling, origine de la chaleur et de la force chez les êtres vivants; — M. Lauret, les unités électriques, mesure de l'intensité, de la force électro-motrice et de la résistance; — M. Leroy, le polarimètre et ses applications; — M. Malosse, calorimétrie et calorimétrie; — M. Morelle, l'air atmosphérique; — M. Thibaud, les alcaloïdes des strychnées; — M. Villejean, pigments et matières colorantes de l'économie animale.

Le dépôt desdites thèses aura lieu après un délai de douze jours francs à partir de la clôture des épreuves qui précéderont la thèse.

***

Préfecture de la Seine. — Par arrêté préfectoral, en date du 11 juin 1886, M. le docteur Williomenet est nommé médecin suppléant de la préfecture de la Seine, en remplacement de M. le docteur Delaporte, nommé médecin titulaire.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 13 au samedi 19 juin 1886

Fièvre typhoïde 10.— Variole 1.— Rougeole 25.—Scarlatine 16. — Coqueluche 10. — Diphtérie, croup 28 — Choléra 0. — Dysentérie 0 — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 32. — Phthisie pulmonaire 154. — Autres tuberculoses 37 — Autres affections générales 74 — Malformation et débilité des âges extrêmes 35. — Bronchite aiguë 28. — Pneumonie 64. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 32. — au sein et mixte 26. — Inconnu 8.— Maladies de l'appareil cérébro-spi-

nal 79. — de l'appareil circulatoire 82. — de l'appareil respiratoire 60. — de l'appareil digestif 38 — de l'appareil génito-urinaire 20. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 8 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 27.— Causes non classées 16. — Total de la semaine: 921 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Obstétrique et gynécologie, recherches cliniques et expérimentales, par le docteur P. Budin, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Un volume grand in-8 de 730 pages, avec 105 figures dans le texte et 13 planches hors texte. — Prix : 15 francs.—Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile, par le docteur Moncorvo Un volume in-8, 1886. — Prix : 4 fr. — Paris. Librairie O. Berthier, 104, boulev. St-Germain.

Etude sur les méningo-myélites chroniques, par le docteur Béhier, in-8. — Prix : 2 fr — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Variations de composition et réactions chimiques des humeurs normales et morbides de l'appareil génital de la femme, par le docteur P. Ménière (d'Angers), professeur libre de gynécologie. Une brochure in-8 de 35 pages. —Prix : 1 fr. 50.—Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE LA LAPAROTOMIE SOUS-PÉRITONÉALE,
en particulier dans le traitement des abcès pelviens
et des hématocèles pelviennes (1),
par le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine.

La chirurgie abdominale, qui a fait dans ces dernières années de si brillantes conquêtes, est trop souvent désarmée contre certaines formes de périmétrites suppurées. Je veux parler de ces cas nombreux où le pus, prenant son origine soit dans le système lymphatique, soit dans le cul-de-sac péritonéal de Douglas, soit dans le tissu cellulaire qui entoure le col de l'utérus (la théorie pathogénique a ici peu d'importance), a formé une collection circonscrite et profonde en dedans de l'enceinte du petit bassin. Ces *abcès pelviens*, ainsi qu'il convient de les nommer, ont une physionomie clinique bien connue et sur laquelle je n'aurai garde d'insister inutilement; il n'est pas un chirurgien qui ne connaisse leur allure à la fois chronique et septique; leur tendance à des évacuations fistuleuses continues ou intermittentes par le vagin ou par le rectum (pour ne parler que des voies les plus communes); la violence des orages inflammatoires et fébriles qu'ils soulèvent à intervalles irréguliers, contrastant avec des rémissions trompeuses qui font temporairement espérer la guérison; l'état d'impotence ou d'infirmité où ils laissent les femmes après leur guérison spontanée qui demande toujours une durée très longue; enfin, la terminaison fréquente par la mort, soit directement par la fièvre hectique, soit indirectement par la tuberculose ou la dégénérescence amyloïde des viscères.

Il est des cas heureux où l'abcès proémine franchement dans un cul-de-sac vaginal et où on peut en faire l'ouverture et le drainage. Mais ces cas constituent l'exception. Chez l'immense majorité des malades, il est impossible de déterminer par le toucher un point fluctuant ou seulement dépressible dans la masse dure d'inflammation plastique immobilisant l'utérus et effaçant plus ou moins les culs-de-sac. Or, comment se résigner à enfoncer aveuglément le trocart dans cette région, comment se déterminer surtout à entreprendre avec le bistouri une incision exploratrice au fond de la cavité vaginale? On peut en dire autant de la ponction ou de l'incision par le rectum, qui présente de plus le danger réel d'augmenter la septicité du foyer.

Enfin, en admettant même que les abcès pussent être facilement atteints soit par le vagin, soit par le rectum, qui ne voit combien il serait difficile d'y maintenir un bon drainage et d'assurer l'antisepsie de leur cavité?

Ces considérations ont si vivement frappé les gynécologistes que la grande majorité, en France, s'abstient en pareil cas d'intervenir chirurgicalement et se borne au traitement des symptômes et à une expectation qui est un aveu d'impuissance.

(1) Mémoire présenté à la Société de chirurgie de Paris, avril 1886

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Nous sommes bien en retard avec quelques-unes des publications qui sont du ressort de notre revue annuelle sur les productions médico-littéraires. Mais comme l'on chante dans le *Pré aux Clercs :*

« Confessons nos péchés
Et faisons pénitence. »

Après avoir avoué ma faute, je vais m'efforcer de la réparer en mettant ma besogne au courant.

I. Et d'abord, je dirai, non pas :

Ab dove principium,

mais plutôt : *a diabolo principium.*

Voici, en effet, que la 3e publication de la bibliothèque diabolique inaugurée et dirigée par le docteur Bourneville mérite d'appeler notre attention. Il ne s'agit plus aujourd'hui d'une mince brochure. Ce sont deux superbes volumes qui se présentent à nous, reproduisant le livre célèbre de Jean Wier ou Jean de Wier, intitulé : « Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des « diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des « ensorcelez et démoniaques, et de la guérison d'iceux, item de « punition que méritent les magiciens, les empoisonneurs et les « sorcières. » (1).

On n'ignore pas de quel jour la ténébreuse et terrible histoire des sorciers fut éclairée par la publication de cet ouvrage. Wier eut l'immense mérite de démontrer qu'ils étaient du domaine de la médecine la plupart des sujets qui, sous prétexte de possession démoniaque, étaient dévolus aux tribunaux ecclésiastiques avant de devenir trop souvent la proie des flammes. Que dans le nombre de ces crémations *in vivo*, certaines fussent jusqu'à un certain point méritées par les criminels exploiteurs de la crédulité du vulgaire qui s'affublaient du titre de sorciers (2), nous l'admettons

(1) Deux vol in-8 de LVIII 624 et 6 8 pages. Paris, 1885. Aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL et A. Delahaye et Lecrosnier.

(2) Lire le livre de Walter Scott sur la *Démonologie*.

A la vérité, l'un des plus habiles et des plus audacieux parmi les chirurgiens étrangers, Lawson Tait, n'hésite pas, en pareil cas, à ouvrir l'abdomen, à chercher l'abcès pelvien, à le vider, à le désinfecter et à le drainer (1). Cette hardiesse a trouvé des imitateurs (2). Cependant, malgré 20 cas heureux, sans aucun insuccès, rapportés par l'éminent gastrotomiste, son procédé radical est loin d'être entré dans la pratique, même parmi ses compatriotes. La plupart des chirurgiens reculent encore à l'idée d'ouvrir largement le péritoine pour aller à la recherche d'un petit foyer caché dans le voisinage de l'utérus, foyer qui, une fois ouvert et malgré toutes les précautions prises pour l'isoler, peut devenir rapidement le point de départ d'une inflammation septique pour la séreuse ouverte du même coup.

S'il existait une voie qui permît à la fois d'atteindre assez facilement l'abcès en opérant à ciel ouvert et qui cependant ne présentât pas le danger sur lequel je viens d'insister, cette voie ne serait-elle pas la meilleure? Cette voie existe, quoi qu'elle ait été jusqu'ici peu ou point suivie. C'est celle par laquelle on arrive à lier les artères iliaques et qui permet, en décollant le péritoine, de pénétrer profondément dans l'excavation pelvienne, au sein de cette région chirurgicale bien définie, limitée en bas par le releveur de l'anus, en haut par le reploiement de la séreuse, et que M. le professeur Richet a appelé l'espace *pelvi-rectal supérieur.*

Il est probable que plus d'un chirurgien a spontanément choisi cette voie dans des cas isolés. Toutefois, il n'en est qu'un, Hégar (3), qui ait systématisé ce procédé et formulé d'une façon nette et précise ses indications formelles dans les cas de suppuration pelvienne.

Je ne connaissais pas moi-même son travail quand j'ai, pour la première fois, décollé le péritoine au-dessus du ligament de Poupart pour arriver sur un abcès profond.

Je proposerai le nom de *laparotomie sous-péritonéale* pour désigner brièvement l'incision mise en usage dans les cas de ce genre.

(1) LAWSON TAIT. *The Pathology and treatment of the Disease of the Ovaries, 1883.*

(2) CHRISTIAN FENGER. *Chronic periuterine abcess; its treatment by laparotomy* (American med. Association). « MEDICAL NEWS, may 8, 1885 ».

(3) *Vortrag a. d. Oberrhein-Aertztetag,* Freiburg, 1881.

OBSERVATION I. — *Abcès pelvien avec fistule vaginale. — Hecticité. — Laparotomie sous-péritonéale. — Drainage. — Guérison*

Aline Rose, 33 ans, couturière, entre le 4 février 1885, salle Pascal, n° 18.

Antécédents. — Père mort à 64 ans (maladie du foie); mère morte à 59 ans (hémorrhagie cérébrale).

Rien de particulier dans les antécédents personnels de la malade.

Réglée à 14 ans, d'une façon régulière; pas de syphilis, pas d'enfants ni de fausses couches.

La malade travaillait à la machine à coudre environ une heure par jour.

Au mois d'avril 1884, sans cause déterminante appréciable ou avouée, la malade ressentit des douleurs aiguës partant de l'aine, descendant dans la cuisse et jusqu'au genou gauche. Il y eut de la fièvre avec écoulement de pus par le vagin. Il persista une fistule qui s'oblitérait fréquemment et alors survenait une fièvre intense.

La malade entra à Lariboisière le 24 février 1884, service de M. Gérin-Roze. Le diagnostic écrit fut *périmétrite puis pelvipéritonite; ouverture d'un phlegmon par le vagin; fistule persistante.* La malade resta un an dans le service de M. Gérin-Roze, avec des alternatives d'amélioration et de rechute, tantôt en proie à une fièvre vive, tantôt soulagée pour plusieurs jours, par l'évacuation d'une petite quantité de pus.

Elle passa dans le service du docteur Pozzi, le 4 février 1885, pendant une des période d'accalmie.

Etat actuel. — Depuis huit jours, les douleurs ont cessé après un orage inflammatoire très violent, qui s'est terminé par un écoulement de pus fétide. Il y a encore de petits accès de fièvre tous les soirs. Amaigrissement, perte d'appétit. Le toucher vaginal montre l'utérus immobile. Pas de tumeur dans les culs-de-sac.

Tumeur profonde se délimitant bien dans la fosse iliaque, du volume du poing. Le speculum Cusco découvre une fistule en rejetant le col en haut.

La fistule se trouve déboucher au sommet du cul-de-sac postérieur par un orifice en entonnoir, qui semble avoir un diverticulum long de 2 centimètres, dans lequel s'engage un stylet de trousse en provoquant un léger suintement de sang et une douleur très vive.

Si l'on plonge le stylet dans une certaine direction, à peu près horizontale (quand la malade est couchée) il pénètre de 6 centimètres sans provoquer de douleur.

---

sans peine. Mais, à côté de ces coupables, combien de victimes innocentes sacrifiées aux préjugés, au fanatisme ou à la crédulité des masses! Cette réimpression du livre de Jean Wier (1) vient bien à son moment, aujourd'hui où les études sur les maladies nerveuses: hystérie, catalepsie, etc., sont plus que jamais à l'ordre du jour.

En tête du 1er volume, on a eu l'excellente idée de reproduire la chaleureuse conférence que le regretté Axenfeld avait faite il y a une vingtaine d'années sur l'auteur de ce livre. Cette conférence, ils ne l'ont pas oubliée, ceux qui l'entendirent déclamer plutôt que débiter dans ces séances du soir, que le décanat de Tardieu avait instituées, et qui, hélas! ne firent retentir les échos du grand amphithéâtre de la Faculté de Paris que durant une seule saison.

(1) Né dans le Brabant, à Grave, en 1515 ou 1516, Jean Weyer, Wier, Wiérus ou encore *Piscinarius,* fut l'élève de Cornélius Agrippa de Nettelsheim, à Bonn; il mourut en 1588. Sur la biographie de Jean Wier, on consultera avec fruit le travail qu'un professeur de la Faculté de médecine de Bonn, M. Charles Binz, vient de publier (1885).

En appendice au livre du médecin du duc de Clèves, M. Bourneville a été bien inspiré en ajoutant la réimpression de deux dialogues de Thomas Erastus, professeur en médecine à Heidelberg, touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent.

Sorti des presses de Charles Hérissez (d'Evreux), orné d'une reproduction d'un portrait original de Jean Wier, ce livre se recommande à l'attention des bibliophiles par le fini de l'exécution.

II et III. M. le docteur Guibout avait l'habitude (et il la conserve, croyons-nous même, depuis qu'il a pris sa retraite de médecin de l'hôpital Saint-Louis) de retracer tous les ans sous une forme humoristique le journal des excursions qu'il fait durant ses vacances.

Car M. le docteur Guibout n'est pas seulement un dermatologiste acharné, il est encore un grand voyageur devant l'Eternel. Dans la 3e série des *Vacances d'un médecin* (1), M. Guibout nous mène d'abord en Suisse, nous montrant Berne et Fribourg, nous faisant

(1) Un vol. in-12 de 108 pages. Paris, G. Masson, éditeur.

La pression sur l'hypogastre, les efforts que fait la malade en toussant, font suinter du pus par l'orifice de la fistule. Ce pus est jaune, crémeux et très fétide.

La quantité que la malade en perd par jour peut être évaluée à un verre environ. Du reste, cette quantité varie beaucoup.

Dilatation progressive à l'aide de laminaires de plus en plus grosses, qui provoquent une douleur très vive.

Le pus coule abondamment depuis l'introduction des laminaires. Essai infructueux pour maintenir un drain dans le trajet.

En présence de l'insuccès de ces tentatives et malgré la profondeur du foyer supposé, M. Pozzi se décide à aller à sa recherche.

30 mars. — *Opération.* — Précautions antiseptiques.

Anesthésie au chloroforme. M. Pozzi pratique une incision de 10 centimètres environ, analogue à l'incision pour la ligature de l'iliaque externe.

Incision couche par couche; le péritoine est décollé avec les doigts. On arrive sur une tumeur fluctuante du volume du poing. Ponction de l'abcès avec le trocart-courbe de Chassaignac, dont la pointe vient ressortir dans le cul-de-sac vaginal postérieur, aux environs de l'orifice du trajet fistuleux.

Un grand tube à drainage est placé, sortant d'une part par la vulve et de l'autre par l'incision. Un fil réunit les deux extrémités de ce drain.

Deux tubes en canon de fusil, accolés et posés debout dans l'ouverture de la poche, agrandie avec les doigts.

Injections d'eau phéniquée *forte*. Deux points de suture dans l'angle inférieur de la plaie.

Pansement de Lister.

A deux heures de l'après-midi, environ trois heures après l'opération, la malade se trouve dans un état syncopal presque complet. La peau est froide, visqueuse. Le pouls est filiforme et, à certains moments, il peut à peine être perçu.

Les battements du cœur s'entendent difficilement, la malade accuse une grande angoisse, une sensation de froid intense. Il y a eu évidemment une absorption considérable d'acide phénique; la solution dont on s'est servi était anormalement forte.

Huit piqûres d'éther en une heure. Sinapismes aux jambes. Enveloppement dans des draps brûlants. En même temps, liqueur d'Hoffmann et tous les quarts d'heure une cuillerée de rhum sucré chaud.

Vers cinq heures, le pouls se relève, mais la malade accuse toujours une sensation de froid et se sent très faible.

T. matin, 37°; soir, 36°,5.

31 mars. — Premier pansement. Sur le ventre, au-dessous de la plaie opératoire, se trouvent deux larges macules rouge vif, larges comme les deux mains et dues à la cautérisation par l'acide phénique dont la solution a été envoyée par erreur de la pharmacie à un degré de concentration inusité.

Des injections antiseptiques au sublimé (1/1000) et à l'eau oxygénée sont faites matin et soir à travers les tubes et quatre fois par jour par la plaie.

20 avril. — Le tube vaginal est enlevé. On ne laisse qu'un drain ordinaire dans la partie abdominale.

La plaie bourgeonne et se cicatrise régulièrement. Le drain est raccourci de plus en plus, puis supprimé. Six semaines environ après l'opération, la plaie est presque entièrement fermée.

Au bout de deux mois, cicatrice presque linéaire ayant un demi-centimètre de large sur 10 environ de longueur.

La malade a beaucoup engraissé et son aspect qui, avant l'opération, était presque cachectique est maintenant excellent.

La malade a été revue au mois de décembre 1885. Elle était dans un état florissant de santé, sans aucun trouble du côté de utérus et venait demander si elle pouvait se marier sans inconvénients.

Il est toute une catégorie de cas où la suppuration de la périmétrite est très difficile à diagnostiquer; il en est d'autres où cette suppuration, rendue évidente par la production de fistules ouvertes dans le vagin ou le rectum, ne donne pas lieu à des collections circonscrites, appréciables par l'examen et abordables par le bistouri. Il s'agit alors de simples clapiers ou sinus creusés dans l'épaisseur des fausses membranes et des callosités d'inflammation chronique qui en chassent l'utérus et le rectum.

Dans ces cas, la laparotomie extra-péritonéale restera le plus souvent *exploratrice* et ne pourra qu'éclairer sur la nature exacte des lésions.

Il n'y a pourtant pas dans cette perspective de quoi faire hésiter le chirurgien, car il est d'un tel intérêt de trouver et d'ouvrir une collection purulente profondément située que, pour peu que son existence soit simplement probable (particulièrement dans le cas de fistule rectale ou vaginale), on est autorisé à la rechercher. Il est possible, du reste, que l'incision permette alors l'extraction de masses ganglionnaires péri-utérines; enfin, même dans les cas moins heureux, la modification qu'elle amène dans les tissus sclérosés par l'inflammation a paru plutôt favorable. L'opération paraît bénigne. On doit savoir cependant que souvent, dans les inflam-

---

assister au tour du Mont-Blanc et au passage du grand Saint-Bernard. Ce voyage n'a pas seulement servi à nous dévoiler en M. Guibout un géographe; il a fait mieux. Le dermatologiste se révèle au lecteur sous l'aspect d'un mari heureux et bienheureux. Quelle union touchante! Quels sentiments affectueux tendrement partagés! Aussi, après avoir quitté la Suisse, sommes-nous enchanté d'accompagner ce ménage exceptionnel jusque dans la Dordogne, puis dans la Corrèze, et enfin dans l'Aube, à Viélaines, le pays natal de M. Guibout.

La 4e série de ses voyages nous entraîne bien plus loin, à travers l'Allemagne et jusque en Russie. Saint-Pétersbourg, Moscou, le Volga, Kazan, Kiew, voilà les principales étapes de cette grande pérégrination (1) qui finit par Varsovie, Cracovie, Vienne et Strasbourg.

Dans ces notes de voyage, on peut le dire, sous le style on voit l'homme même. M. Guibout se manifeste tout entier à nous, nous fait tout voir, tout connaître. Il voudrait nous faire aimer tout ce qu'il aime, les divers membres de sa famille, famille nombreuse, ses amis, ses hôtes, que sais-je encore!

IV. Avec le docteur Challan de Belval, on va encore plus loin qu'avec M. Guibout. C'est le Tonkin que l'auteur, médecin principal d'armée, nous fait voir (1). Il nous décrit ce pays à tous les points de vue. Le géographe, l'agriculteur, l'industriel, l'économiste, y trouveront des notions intéressantes presque autant que le médecin. M. Challan de Belval parle, ou plutôt il écrit, avec la sincérité.....

« D'un soldat qui sait mal farder la vérité. »

Je dis seulement ce que j'ai vu, met-il en épigraphe à son opuscule. J'ai dit ce que j'ai vu, prend-il le soin de répéter à ses dernières pages : « Le Tonkin est incontestablement malsain, et ses productions agricoles sont limitées, autant en raison du climat que de la nature du sol.

(1) Un vol. in-12 de 203 pages. Paris, G. Masson, éditeur.

(1) *Au Tonkin*, in-12 de 108 pages. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1886.

mations péri-utérines anciennes, le décollement du péritoine offre des difficultées particulières et que la séreuse très adhérente peut même être déchirée. Mais pour peu qu'on procède avec précaution, il sera toujours facile de s'arrêter avant que ce délabrement soit étendu et d'y porter remède par quelques points de catgut, ainsi que cela m'est arrivé sans suite fâcheuse.

(A suivre.)

PHYSIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

Une nouvelle méthode en thérapeutique.

DE L'ENTRAÎNEMENT DES DÉCHETS ORGANIQUES INCOMPLÈTEMENT OXYDÉS. — APPLICATION AU TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par Albert ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hospice des Ménages.

I

J'ai l'intention de faire, devant la Société médicale des hôpitaux, une série de communications de thérapeutique, ayant pour but de combattre les données sur lesquelles s'appuient aujourd'hui les méthodes antithermiques et antipyrétiques, et de constituer à celles-ci des bases nouvelles, qui soient mieux en rapport avec nos connaissances actuelles sur l'état de la nutrition dans les maladies fébriles.

Il peut paraître téméraire de partir en campagne contre la doctrine de l'hyperthermie, qui paraît si solidement assise sur la clinique et sur l'expérimentation, et pour laquelle on a revendiqué le caractère vraiment scientifique et la précision mathématique. Mais en dehors des arguments dits rationnels, j'apporte des faits qui, je l'espère, entraîneront la conviction.

La doctrine de l'hyperthermie conduit à deux méthodes thérapeutiques : la méthode antithermique et la méthode antipyrétique.

La première est déjà déchue de la faveur qui l'a accueillie à sa naissance. On a repoussé comme inexacte l'idée de Traube qui fait dépendre la fièvre d'une diminution dans la perte du calorique, et l'on a subordonné l'augmentation de la température à une augmentation parallèle des combustions. La méthode antipyrétique essaie donc de frapper le mal dans sa cause, en combattant, non plus la chaleur, mais les combustions exagérées qui engendrent celle-ci.

Or je veux démontrer :

1° Que nombre des médicaments dits antipyrétiques ne diminuent pas les oxydations intra-organiques, et que s'ils agissent sur la température, c'est en entraînant hors de l'organisme des extractifs peu solubles et toxiques ;

2° Que loin de chercher à entraver les oxydations dans les fièvres, la thérapeutique doit tendre, au contraire, à les activer par tous les moyens possibles, parce que, contrairement à l'opinion classique, les oxydations subissent dans les fièvres une remarquable diminution, et que l'élévation de la température et la gravité des symptômes dépendent, pour une forte part, de la présence dans le sang et les tissus d'extractifs incomplètement oxydés qu'il y a tout intérêt à brûler pour hâter leur élimination.

II

J'ai démontré dans ma thèse inaugurale (1) que l'un des éléments les plus importants de la gravité dans la fièvre typhoïde était la rétention dans l'organisme de résidus incomplètement oxydes, et que l'amélioration des symptômes marchait de pair avec des décharges urinaires parfois très considérables. Pour s'opposer à cette rétention, il faut modérer d'abord les processus de désintégration, puis s'efforcer de solubiliser ces résidus qui sont, pour la plupart, fort peu solubles dans les liquides organiques et pourtant difficilement éliminables.

Le problème de la solubilisation peut être abordé de deux côtés, par combinaison ou par oxydation. Je veux aujourd'hui m'occuper tout particulièrement de la solubilisation par combinaison.

Elle consiste à combiner les résidus azotés qui encombrent les tissus et la circulation, avec des médicaments qui les solubilisent et les rendent ainsi plus facilement entraînables.

Après l'action de ces médicaments, l'urine renfermera plus de matériaux azotés qu'avant leur administration, et la méthode que je propose réalise absolument le contraire de la

(1) Albert Robin. *Essai d'urologie clinique. — La fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1877.

« Nos braves soldats, surmenés de fatigue en raison de leur trop petit nombre, mal abrités et parfois forcément mal nourris, ont tous subi l'action pernicieuse des miasmes délétères. En quinze mois, le corps expéditionnaire a perdu le quart de son effectif, soit par la maladie, soit par le feu, soit par des évacuations indispensables sur la Mère-Patrie. »

Mais pour l'auteur ce ne sont point là de suffisants motifs de découragement, car le Tonkin pacifié deviendra sûrement une belle colonie, incontestablement meilleure que la Cochinchine. Sans doute, pour tous, soldats et colons, les premières années seront pénibles, douloureuses. Le commerce d'importation pour les indigènes sera fort restreint ; le commerce d'exportation réduit seulement au riz et à quelques rares productions. Les régions dites minières sont à peines connues et leur richesse fort problématique. Il y aura donc de nombreuses déceptions pour les ardents. Mais, peu à peu, l'hygiène aura raison. Et les tenaces, ceux qui auront été prudents, seront récompensés de leurs efforts.

« Donnons à nos braves soldats, ajoute M. Challan de Belval, non plus les tristes gourbis ou baraques qu'ils habitent actuellement, le plus habituellement sans autre couchage que le lit de camp, mais bien des casernements analogues à ceux si bien aménagés de l'infanterie de marine à Saïgon ; sachons les vêtir légèrement, comme il convient pour le pays ; fournissons-les de pommes de terre, de légumes frais ; n'hésitons pas à décider leur retour en France dès qu'ils ont été affaiblis par la maladie... Alors, mais alors seulement, ils auront la force de résistance nécessaire, alors seulement il suffira d'un très petit nombre d'entre eux pour pacifier et dominer tout le pays.

« La région des plateaux, broussailleuse et inhabitée, sera mortelle, dit-on, pour les Européens. On en a dit autant de la Cochinchine, plus encore peut-être de la plaine de la Mitidja, ce tombeau des chrétiens, disent les Arabes. Aujourd'hui, la plaine de la Mitidja est fertile et salubre ; aujourd'hui, la mortalité, chez les colons de la Cochinchine, est à peine plus forte qu'en Europe. A l'œuvre donc : courage et persévérance ; le succès est là ! »

Pouvais-je mieux faire, pour rendre compte de ce petit livre, que de reproduire ces lignes empreintes d'un si généreux patriotisme ?

Dr ALBERTUS.

P. S. — Quelques bibliophiles seront peut-être heureux d'ap-

méthode antipyrétique qui appuie son jugement à la fois sur l'abaissement de la température et la diminution des résidus urinaires, et qui croit, qu'en agissant ainsi, elle ne néglige aucune des faces du problème qu'elle poursuit. Elle laisse cependant de côté la grosse question de la rétention, qui prime largement toutes les autres, comme je l'ai surabondamment démontré. Et comme les moyens que je vais employer sont classés aussi parmi les antipyrétiques, on assistera à cet effet paradoxal de médicaments qui abaissent la température en *paraissant* augmenter les combustions.

Or, il n'en est rien : car l'augmentation *relative* des matériaux azotés de l'urine ne provient pas d'une augmentation parallèle de la destruction organique, mais d'un départ plus rapide des matériaux retenus ; et, si la température baisse, ce n'est pas parce que les oxydations diminuent, mais parce que des principes toxiques et pyrétiques encombrant le sang et les tissus sont éliminés au dehors, à la faveur du médicament qui les solubilise.

J'insiste en passant sur cette *face nouvelle de l'antipyrexie*, qui, après s'être trop longtemps confinée dans le critérium de la température, a trouvé une échappée plus étendue, en associant aux modifications thermiques le taux des oxydations, mais qui ne deviendra réellement scientifique que lorsqu'elle envisagera aussi tous les actes chimiques intra-organiques qui sont des producteurs de chaleur au même titre que les oxydations.

(A suivre).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

I. INFLUENCE DES AMERS SUR LA DIGESTION ET L'ASSIMILATION DES SUBSTANCES ALBUMINOÏDES, par le docteur TSCHELZOFF (*Centralblatt für die medicin. Wissenschaften*, 1886, n° 23, p. 401). — II. ACTION DES SELS DE THALLINE SUR LA PUTRÉFACTION ET LES FERMENTATIONS, par le docteur H. SCHULZ (Ibidem, n° 7, p. 113). — III. MODE D'ACTION DE LA CAFÉINE COMME DIURÉTIQUE, par le docteur SCHRŒDER (Ibidem, n° 29, p. 465). — IV. RECHERCHES MANOMÉTRIQUES CONCERNANT L'INFLUENCE DE LA PILOCARPINE SUR LA PRESSION INTRA-OCULAIRE, par le docteur J. SCHLEGEL (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmak.*, t. XX, fasc. 3 et 4, p. 271, 1886). — V. RÉSORPTION D'UN CAL VICIEUX OBTENUE A L'AIDE DU COURANT GALVANIQUE, par le docteur M. MEYER (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 26, p. 422).

I. M. TSCHELZOFF a fait, sur le conseil du professeur Botkin (de Saint-Pétersbourg), des expériences dans le but d'étudier l'action des médicaments, dits amers, sur la digestion et l'assimilation des substances albuminoïdes. Depuis les recherches de Buscheim et d'Engel, il est généralement admis que les amers indifférents n'exercent aucune influence sur la transformation de l'albumine en peptone et qu'ils enrayent les fermentations anormales, d'où leur influence salutaire dans certaines affections du tube digestif. M. Tschelzoff a voulu contrôler ces assertions. Il a étudié successivement l'influence des amers sur la puissance digestive et la sécrétion du suc gastrique et du suc pancréatique, sur la sécrétion biliaire, sur les fermentations putrides et autres, sur l'assimilation des principes azotés. Les résultats qu'il a obtenus peuvent se résumer dans les points suivants :

A hautes doses (0 gr. 06 d'extrait par kilogr. de poids corporel), les amers font diminuer la sécrétion du suc gastrique ; à faibles doses, ils déterminent une augmentation très passagère de cette sécrétion. Dans les deux cas, la puissance digestive du suc gastrique est affaiblie. Ces conclusions s'appuient à la fois sur des expériences de digestion artificielle et des expériences faites sur des animaux pourvus d'une fistule stomacale.

Les extraits amers n'ont pas d'influence sur la sécrétion du suc pancréatique, mais retardent le travail digestif de ce suc.

Pour ce qui concerne la sécrétion biliaire, certains extraits amers (absinthe, trèfle, cédrarine à hautes doses) l'activent légèrement, tandis que les extraits de quassia, de colombo et l'extrait de cédrarine à petites doses sont sans influence.

Les fermentations qui ont pour siège le tube digestif gagnent en intensité sous l'influence des amers. Il en est de même, lorsque la fermentation s'opère *in vitro* (solution de sucre additionnée de levûre) ; ainsi que pour la putréfaction du sang et de l'urine.

Sous l'influence de l'ingestion de l'extrait d'absinthe, l'élimi-

prendre la vente aux enchères publiques des livres ou manuscrits provenant de la bibliothèque de feu le docteur Chéreau, qui conjointement à la bibliothèque de feu le docteur D... (de Bailleul), commencera le mardi 6 juillet, à huit heures précises du soir, rue Dauphine. La vente des livres anciens et modernes, les uns relatifs aux sciences médicales, les autres comprenant des raretés et curiosités en tous genres, qui constituaient la bibliothèque de feu le docteur Carville (de Menton), commencera le 1er juillet et se continuera les jours suivants. Les catalogues de ces diverses bibliothèques sont en distribution chez A. Claudin, rue Guénegaud.

Dr A.

— La Société de médecine d'Anvers doit célébrer au mois de mars 1877 le cinquantième anniversaire de sa fondation. A cette occasion, elle publiera un livre jubilaire qui, outre les rapports sur la marche et les travaux de la Société depuis son origine jusqu'à ce jour, contiendra les travaux originaux que les membres voudront bien lui envoyer pour cette circonstance.

De plus, à l'occasion du cinquantième anniversaire de son existence, la Société de médecine d'Anvers organise un concours portant sur les questions suivantes : 1o « Exposer la valeur relative des amputations et des résections dans les tumeurs blanches en se basant sur les résultats cliniques obtenus depuis l'introduction des pansements antiseptiques ? » 2o « La rage peut-elle être communiquée à l'espèce humaine ? Dans l'affirmative, quels sont ses symptômes, ses lésions, son traitement ? » 3o « Exposer le traitement préventif et curatif de la fausse couche. Etiologie de l'ictère.

Le prix pour chacune de ces questions consistera, selon le mérite de l'ouvrage, en une médaille d'or, de vermeil ou une mention honorable, le titre de membre correspondant, la publication du mémoire dans les « Annales de la Société » et cinquante exemplaires tirés à part pour l'auteur. Les mémoires ne pourront avoir plus de *deux* feuilles (soit 32 pages d'impression) et devront être envoyés au secrétariat, rue Osy, 432, dans les formes académiques habituelles, avant le 1er décembre de cette année. Le rapport sur le concours et la proclamation des lauréats se feront lors de la séance solennelle de célébration du cinquantenaire.

nation des principes excrémentitiels azotés a augmenté dans l'urine et dans les matières fécales; d'où l'on peut conclure que la désassimilation des principes azotés s'est trouvée accrue.

L'ingestion de l'extrait de quassia amara et de l'extrait de trèfle a fait baisser le chiffre des matières excrémentitielles dans l'urine, tandis que l'élimination des mêmes principes par les matières fécales était accrue.

En terminant, l'auteur fait remarquer que ces résultats, pris en bloc, parlent contre l'emploi des amers en thérapeutique.

II. D'après les recherches faites par M. Hugo Schulz à l'Institut pharmacologique de Greifswald, les sels de thalline entravent la putréfaction de la viande dans des proportions très notables, tandis que leur influence sur la fermentation alcoolique est toute différente. Ajouté à une solution de sucre candi (de 15 pour 100) dans la proportion de 1 pour 100, le tartrate de thalline a retardé la fermentation alcoolique; ajouté en proportions moindres, ce sel a produit le résultat inverse. Le sulfate de thalline a activé la fermentation alcoolique, en quelques proportions qu'il fût ajouté à la solution sucrée.

La première partie de ces résultats autorise à croire que l'action antifébrile des préparations de thalline est due pour une part à leurs propriétés antiputrides.

III. M. Von Schrœder fait remarquer que ce que nous savions jusqu'ici de l'action physiologique de la caféine ne pouvait nous donner une explication satisfaisante des effets diurétiques souvent remarquables obtenus en administrant cette substance. Les expériences que l'auteur a faites récemment lui ont fourni la preuve que la caféine exerce sur la sécrétion rénale une influence très prononcée, qui consiste, selon toute vraisemblance, dans une excitation directe des éléments sécréteurs des reins. Comme la caféine excite fortement le centre vaso-moteur, ce qui peut avoir pour conséquence un arrêt complet de la sécrétion rénale, Von Schrœder recommande d'expérimenter sur des animaux dont on a préalablement paralysé le centre vaso-moteur au moyen d'une dose convenable de chloral, pour vérifier ce qu'il annonce de l'action de la caféine sur la sécrétion rénale. En se plaçant dans ces conditions, il a vu chez un lapin, auquel on avait fait prendre 5 centigrammes de caféine, la quantité d'urine rendue dans l'espace de 70 minutes s'élever à 45 grammes, le chiffre normal pouvant être évalué à 4 grammes. Cette diurèse si considérable coïncidait avec un abaissement de la pression sanguine au-dessous du niveau physiologique; on ne saurait donc l'attribuer à une modification de la circulation rénale. En sectionnant chez un animal tous les filets nerveux qui se rendaient à un des reins, et en recueillant séparément l'urine qui s'écoulait de chacun des deux uretères, Schrœder a constaté ensuite que l'administration de la caféine activait la sécrétion urinaire dans le rein soustrait à l'influence de l'innervation vaso-motrice, mais non dans l'autre, nouvelle preuve que cette action diurétique est le résultat d'une modification directe des éléments sécréteurs du rein.

IV. Une récente communication du professeur Panas à l'Académie de médecine (séance du 15 juin 1886), sur le traitement de certaines formes de glaucome sans opération, par les myotiques (ésérine, pilocarpine), donne un intérêt d'actualité aux recherches de M. Schlegel. Ce dernier commence par rappeler que Weber, à la fin de son travail bien connu sur les causes du glaucome (Archiv für Ophthalmologie, t. XXIII, fasc. 1, p. 1, 1877), a exprimé des craintes touchant l'influence fâcheuse que pourrait exercer sur un œil glaucomateux la physostigmine, en raison de l'augmentation considérable de la pression intra-oculaire qui résulte de l'emploi de cette substance, tandis que le même auteur entrevoyait dans la pilocarpine un remède beaucoup plus sûr contre le glaucome, cet alcaloïde du jaborandi étant doué de la double propriété de diminuer la réplétion des vaisseaux de l'œil et de faire contracter les sphincters. Par suite, la pilocarpine aurait sur la physostigmine l'avantage de produire un abaissement de la pression intra-oculaire, sans élévation préalable. Pflüger a émis les mêmes vues, tandis que Harnack est d'avis que la pilocarpine doit être substituée à la physostigmine, non pas tant à cause de la manière dont elle influence la pression intra-oculaire que parce qu'elle produit le rétrécissement de la pupille sans agir directement sur le sphincter de l'iris, en excitant le nerf.

M. Schlegel a déduit des résultats (en partie contradictoires) de ses recherches manométriques, les conclusions suivantes:

Le chlorhydrate de pilocarpine introduit dans un œil, sous forme de cristaux ou en solution à 2 0/0, produit dans la plupart des cas dans cet œil, quelquefois dans l'œil du côté opposé, une élévation de la pression intra-oculaire. Celle-ci se manifeste, règle générale, au moment où commence la sialorrhée; elle a une durée variable. Tandis que la pression intra-oculaire se met à diminuer dans l'œil non pilocarpinisé, elle se maintient souvent au-dessus du niveau physiologique, du côté opposé. D'autres fois elle s'abaisse au-dessous du niveau qu'elle atteint dans l'œil non pilocarpinisé, et ce résultat est en rapport évident avec l'action myotique de la pilocarpine, car il coïncide avec le rétrécissement de la pupille. L'élévation de la pression intra-oculaire, qu'on observe dans l'œil pilocarpinisé (quelquefois dans les deux yeux), au moment de la sialorrhée, est un effet de l'action générale de la pilocarpine. L'abaissement ultérieur de la pression intra-oculaire, qu'on observe parfois dans l'œil pilocarpinisé, est au contraire un effet de l'action myotique de la pilocarpine. Si cet abaissement de pression est à la fois moins prompt à se produire et moins prononcé qu'avec la physostigmine, cela tient à ce que celle-ci est douée d'une action myotique plus puissante que la pilocarpine. Il n'existe donc pas de différence essentielle dans l'action que ces deux alcaloïdes exercent sur la pression intra-oculaire, et M. Schlegel conclut en fin de compte, qu'il n'y a pas plus lieu de recourir à la pilocarpine qu'à la physostigmine, dans le traitement du glaucome.

Or, M. Panas est venu produire à la tribune de l'Académie quatre observations qui témoignent de l'efficacité de l'ésérine et de la pilocarpine *contre certaines formes du glaucome*, ajoutant qu'il se gardait bien de généraliser la signification attachée à ces faits. C'est le cas de répéter qu'en matière de thérapeutique, l'observation clinique décide en dernier ressort, sans que pour celà il faille négliger les enseignements de l'expérimentation, surtout lorsqu'il s'agit de préciser les indications et les contre-indications à l'emploi d'une substance médicamenteuse déterminée.

V. Le sujet de l'observation de M. Meyer, un garçon de 13

ans, s'était fait une fracture de l'humérus gauche en se livrant à des exercices de gymnastique. L'accident avait laissé à sa suite un cal vicieux, avec ankylose dn conde, contracture des fléchisseurs de la paume de la main qui était appliquée fortement contre l'avant-bras. On ent recours, pendant cinq semainee, à dee mouvements méthodiques d'extension sans aucun résuliat. C'eet à ce moment que le malade fut confié aux soins de M. Meyer. Le cal siégeait à la partie interne de l'articulation dn coude; il envahissait tout le tiere supérieur de la partre correspondante de l'avant-bras, c'est-à-dire que la dépression qu'on trouve normalement à ce niveau, entre le radius et le cubitus, était remplacée par une saillie proéminente. Celle-ci englobait dans sa masse les muscles fléchisseurs euperficiels et profonds et le muecle long fléchisseur du pouce, qui était dans l'impossibilé d'exécnter le moindre mouvement actif ou passif; par suite de l'immobilisation de la main, il était impossible de se rendre compte de la participation des muscles fléchisseurs des doigts à l'impuissance fonctionnelle. L'excitation du radial au niveau de l'avant-bras, à l'aide dn courant faradique, développait dane les muscles inervés par ce nerf une réaction normale.

Le malade fut traité par le courant galvanique: pendant que l'avant-bras gauche reposait sur une plaqne à large eurface, reliée à l'un des pôles de la pile, une petite électrode, reliée à l'autre pôle, était appliquée d'abord sur le trajet du nerf médian, au pli du coude, puis sur le cal; on faisait des alternatives fréquentes dn courant. L'intensité de celui-ci était progressivement accrue, jusqu'à ce qu'il en résultât dee phénoménes généraux (vertiges. malaises, nausées), qni forçaient à interrompre le traitement pendant qnelques jours. Soue l'influence de ce traitement, combiné avec des mouvements passifs méthodiqnes, le cal se réeorba peu à peu, d'abord au niveau du pli du coude, puis le long de l'avant-brae. Au début de la cure, le malade ne pouvait pas étendre son avant-brae au-delà d'un angle de 80°. Au bout de 118 éeances, réparties sur une période de 7 mois, le rétablissement fonctionnel du membre qui avait été le siège de la fracture avait fait des progrès si considérablee, qn'il y avait tont lieu d'espérer une guérison complete. M. Meyer conclut que l'électricité est le plus puissant de tous les moyens aptes à favoriser la résorption, sur place, d'épanchements morbides.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses, par MM. V. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, et V. Babes, professeur extraordinaire d'histologie pathologique à Budapest (deuxième édition).— Paris, Félix Alcan, éditeur.

La première édition du livre de MM. Cornil et Babes a été épuisée sitôt qu'elle a paru. Jamais, en effet, un onvrage réunissant et condensant sur un point donné les nouvelles acquisitions de la seience, n'est arrivé à un moment plus opportun. Hâtons-nous d'ajonter que la haute compétence des auteurs, la légitime autorité et la sympathie générale dont ils jouissent, auraient déjà suffi pour assurer le succès du livre.

Moins d'un an aprés cette première édition, ils en publient une seconde, et les progrès accomplis dans ce court laps de temps les ont obligés à remanier l'onvrage et à y ajouter des chapitres nonveaux. La seconde édition, à son tour, ne tardera pas à vieillir. Le monvement qui porte la génération actuelle vers l'étude des infiniments petits est si grand, si général, on pent dire si irrésistible, que chaque jour voit les notions acquises se modifier on s'accroître, et que le terrain et les limites de la science sont sons ce rapport essentiellement mobiles. MM. Cornil et Babes ne ee sont pas dissimnlé cette difficulté, qni pour d'autres aurait été un véritable écueil, de l'œnvre qu'ils entreprenaient. « Il est assurément périlleux, disent-ils au début de la préface de la première édition, de publier, comme nous le faisons aujourd'hui, un livre comprenant tout l'ensemble de nos connaissances en bactériologie médicale. » On ne peut que remercier et féliciter nos deux confrères de leur courageuse initiative : le succés leur a démontré qu'ils étaient loin d'avoir péché par témérité, et si plusieurs éditions succeseives sont nécessaires pour maintenir leur ouvrage au courant des nouvelles déconvertes, qui pourrait s'en plaindre? Elles formeront comme autant de jalons marquant les étapes par lesquelles sera passée progressivement la bactériologie, jusqu'an jour où elle aura atteint le degré de maturité des autres branches des sciencee médicalee.

Si l'on en juge par la profondeur des convictions et l'ardeur au travail de tous ceux qui suivent la hrillante voie tracée par Pasteur en France et Koch en Allemagne, ces étapes seront rapidement parcourues. Pour MM. Cornil et Babes « la bactériologie est dès aujourd'hui une science naturelle assez importante et assez complète pour qu'on lni fasse la grande part qui lui est due dans l'hygiène, dans l'étiologie et dans l'anatomie pathologique, aussi bien dans l'enseignement théorique que dans les applications pratiqnes de cee branches de la médecine. » Nous sommes de l'avis de nos deux honorables confrères; seulement, beaucoup moins versé qu'eux dans l'étude de cette science encore bien jeune, et par cela même un peu moins enthousiaete, nous croyons qu'il y aurait présomption à elle, comme certains de ses adeptes tendent à l'y pousser, à vouloir dès maintenant faire la loi à la vieille médecine, à la médecine traditionnelle. Celle-ci ne peut et ne doit désarmer que devant des faits absolument démontrés servant à leur tour de baee à des doctrines logiquement déduites et par suite indiscutables. En attendant, nous applaudissons au mouvement signalé plus haut et qui prend chaque jour en France plus d'extension. Le laboratoire de l'Ecole normale deviendra bientôt, en effet, l'Institut Pasteur, où toutes les maladies bactériennes seront étudiées au même titre que la rage. Par l'initiative de M. Verneuil, la tuberculose aura son Institut à elle, non pour sa glorification, mais pour sa destruction. Nous avons fait connaître dans un précédent numéro le laboratoire de bactériologie créé pour l'enseignement à l'Ecole pratiqne de médecine. Avec tous ces éléments d'études, les progrès ne peuvent qu'être rapides; il est incontestable que le livre de MM. Cornil et Babes y aura fortement contribué.

Ce livre résume, en effet, de la manière la plus complète et la plus impartiale, les recherches et les découvertes les plus récentes. Si les auteurs ont souvent une large part à revendiquer dans ces recherches et ces découvertes, ils parlent de leurs travaux comme de ceux des autres, en historiens exacts; leur bnt n'est pas de se mettre en scène, mais de traduire fidèlement l'état actuel de la science. Un tel ouvrage prête

peu on prêterait trop à l'analyse et à la discussion ; nous devons nous borner ici à en faire connaître le plan et les divisions principales.

Après quelques considérations sur l'historique des bactéries pathogènes et sur la spécificité des maladies infectieuses, les auteurs abordent l'histoire naturelle des bactéries. Ils étudient d'abord, au point de vue général, leur nature, leur origine, leur forme, leur structure, la place qu'elles occupent dans la série des êtres, leur développement, leur diffusion dans les milieux qui nous entourent, les phénomènes qui accompagnent leur nutrition et leur multiplication (fermentations, putréfaction, maladies infectieuses). Un chapitre spécial est consacré aux récents travaux sur les ptomaïnes.

Cet aperçu a pour but d'initier le lecteur à la matière même du sujet. Pour lui permettre de suivre les auteurs dans la description de chaque classe, de chaque espèce de bactéries, il fallait lui donner les notions indispensables de technique histologique; c'est ce qui fait l'objet des chapitres suivants, où sont passés en revue les instruments, les réactifs, les modes de préparation, les méthodes de culture.

Toute classification actuelle des schizomycètes ne peut être que provisoire. Parmi celles qui ont été proposées, les auteurs donnent la préférence à la classification de Rabenhorst, basée sur la forme des cellules. Pour les espèces pathogènes, qui font presque exclusivement l'objet de leur travail, ils distinguent quatre groupes : 1° les micrococci; 2° les bactériacées ; 3° les bacilles ; 4° les spirobactéries. Chacun de ces groupes se subdivise en genres et en espèces que les auteurs décrivent successivement, en éclairant leurs descriptions de figures en couleur représentant des préparations des types principaux.

Cette partie essentiellement didactique du livre se complète par divers chapitres relatifs à l'expérimentation sur les animaux, à la concurrence vitale des bactéries, à l'atténuation des virus, aux bactéries pathogènes en général et aux lésions qu'elles produisent dans les tissus. Dans un dernier chapitre, les auteurs étudient les maladies purement expérimentales, c'est-à-dire celles qu'on fait naître artificiellement chez les animaux par l'expérimentation, et qui n'ont pas d'analogues dans les maladies survenant spontanément chez eux ; telles sont les affections septiques, pyémiques, érysipélateuses, gangréneuses, etc., produites par l'inoculation de divers micro-organismes.

La seconde partie de l'ouvrage est entièrement consacrée à l'étude des maladies infectieuses ou bactériennes en particulier (pour les auteurs les deux termes sont à peu près synonymes). Dans une première section, ils décrivent les maladies spontanées, d'origine bactérienne, appartenant exclusivement aux animaux : choléra des poules, charbon symptomatique, peste bovine, rouget du porc, acné contagieuse du cheval, maladie des vers à soie et des larves des abeilles. La seconde et la troisième sections, qui forment les deux tiers de l'ouvrage, comprennent la description des maladies bactériennes appartenant à l'homme ou communes à lui et aux animaux.

Dans un premier chapitre, l'un sans contredit des plus importants, les auteurs étudient les maladies consécutives aux plaies et aux différentes complications qu'elles amènent. Ils décrivent ainsi successivement l'érysipèle, le phlegmon, la lymphangite, la phlébite, les inflammations puerpérales, la pyémie, la septicémie, les arthrites infectieuses, l'ostéomyélite, l'endocardite ulcéreuse, la néphrite infectieuse, la gangrène, etc.

Puis viennent les maladies aiguës d'origine bactérienne, la pneumonie, la broncho-pneumonie et la péripneumonie bovine, la méningite cérébro-spinale, la diphthérie de l'homme et des animaux, la blennorrhagie, la fièvre typhoïde, le typhus à rechutes et la fièvre bilieuse, la dysenterie, la fièvre jaune, la fièvre intermittente, le choléra, les maladies charbonneuses, la morve, les fièvres éruptives (variole, vaccine, rougeole), la grippe, etc.

Les maladies chroniques dont l'étude fait l'objet de la troisième section sont caractérisées « par la formation d'un tissu nouveau, spécial pour chacune d'elles, qui se montre sous la forme de petits nodules ou de plaques, ou de tumeurs envahissant la peau, les muqueuses et les organes internes. » Ce sont le rhinosclérome, la lèpre, la tuberculose comprenant la scrofule et le lupus, la syphilis. Dans un dernier chapitre, les auteurs résument les récentes recherches et les découvertes de M. Pasteur sur la rage.

Pour la plupart, sinon pour chacune de ces maladies, MM. Cornil et Babes présentent un historique des recherches dont elles ont été l'objet, les définissent, étudient leur étiologie, indiquent les moyens de rechercher, d'isoler, de cultiver les microbes qui leur donnent naissance et de les reproduire expérimentalement quand c'est possible, décrivent les lésions anatomiques en rapport avec la présence et le développement de ces microbes, enfin font ressortir les conséquences qui en découlent pour la prophylaxie et la thérapeutique. Malgré leur tendance bien marquée à étendre le domaine de la bactériologie et à généraliser peut-être un peu trop les notions nettement acquises, notions relativement encore fort restreintes, ils ont soin de signaler le doute qui plane sur certaines données, la réserve avec laquelle il faut accepter d'autres faits, les points fort nombreux qu'il reste à élucider, ceux plus nombreux encore qui n'ont pas été ou ont été à peine abordés. Ils ont soin, chemin faisant, d'indiquer les sources multiples auxquelles ils ont puisé : traités, dictionnaires, monographies, mémoires, articles de revue ou de critique, comptes rendus de sociétés, etc. Au milieu de tant de documents qu'ils ont consultés et dont on peut dire qu'ils ont extrait la quintescence, il serait puéril de rechercher si aucune inexactitude n'a été commise et si aucun auteur n'aurait le droit de soulever quelque petite réclamation ; il est plus juste de rendre hommage à l'impartialité des auteurs et de reconnaître que leurs indications bibliographiques sont aussi complètes que possible. Ils méritent la reconnaissance de tous les travailleurs, et leur livre est de ceux qui honorent à la fois et les auteurs et l'école et le pays auxquels ils appartiennent.

Nous ne saurions, avant de terminer, ne pas donner à l'éditeur la part d'éloges qui lui revient pour la belle impression de l'ouvrage et les améliorations introduites dans la seconde édition. Parmi ces améliorations, la plus importante et la mieux goûtée certainement des lecteurs est l'intercalation, dans le texte, des figures en couleur qui formaient primitivement un atlas séparé.

Dr F. DE RANSE.

REVUE DES THÈSES

TEIGNES ET TEIGNEUX. — HISTOIRE MÉDICALE. — HYGIÈNE PUBLIQUE, par HENRI FEULARD. — Paris, 1886, 231 pages. G. Steinheil, éditeur.

C'est vraiment une bonne fortune que d'avoir à rendre

compte d'un travail aussi intéressant et aussi complet que celui consacré par M. Henri Feulard à l'histoire des teignes. Nous avons déjà pu constater dans des publications antérieures sur *la Peste au XVI° et au XVII° siècles* (FRANCE MÉDICALE, 1884) et sur *l'Histoire de la fondation de l'hôpital Saint-Louis* (ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, 1885), l'esprit consciencieux que M. Feulard apporte dans ses recherches d'érudition. Aujourd'hui, en attendant l'histoire complète de l'hôpital Saint-Louis, que l'auteur nous promet dans l'Introduction de sa thèse, nous sommes heureux d'applaudir à la manière dont il a traité l'histoire médicale des teignes et des teigneux.

Combien rares sont les thèses qui présentent une telle accumulation de recherches patientes! Quelle précision (1) et quelle abondance dans les indications bibliographiques!

Nous ne nous arrêterons pas sur l'historique si intéressant, tant au point de vue nosologique qu'au point de vue thérapeutique, que M. Feulard a tracé des diverses teignes : 1o la *faveuse;* 2o la *tonsurante* et 3o la *pelade*, les deux premières aujourd'hui si bien connues, tandis que la nature parasitaire de la troisième, de la teigne pelade, est encore si controversée. Il suffira de conseiller la lecture de ce chapitre à tous ceux que l'histoire des choses de la médecine intéresse. Je me contenterai d'insister sur les conclusions si importantes pour l'hygiène publique que M. Feulard tire de ses recherches.

Actuellement, il y a dans les hôpitaux de Paris trois traitements internes de la teigne et quatre traitements externes; l'un de ces derniers, celui de l'hôpital Beaujon, peu suivi et en partie délaissé, doit, suivant M. Feulard, être supprimé. Il ne resterait plus par conséquent que trois traitements qui sont à la fois internes et externes ; ceux de l'hôpital Saint-Louis, de l'hôpital des Enfants-Malades et de l'hôpital Trousseau. Il y aurait encore une meilleure réforme à opérer, d'après l'auteur; elle consisterait à réunir ces trois services dans un seul hôpital ; ce serait naturellement l'hôpital Saint-Louis. La grande objection que l'on fera à une semblable centralisation, c'est l'éloignement même de l'hôpital Saint-Louis pour toute la partie méridionale de la ville. A défaut de cette centralisation, M. Feulard se résigne à montrer qu'il serait du moins raisonnable et facilement réalisable de réduire à deux les traitements internes des teignes : l'un pour la rive droite, à l'hôpital Saint-Louis ; l'autre pour la rive gauche, à l'hôpital des Enfants de la rue de Sèvres. Le service de l'hôpital Trousseau, le moins suivi de tous, le plus mal installé matériellement(les enfants sont sous les toits)serait supprimé. Les 68 lits dont il se compose seraient tous reportés à l'hôpital Saint-Louis, qui se trouve actuellement dans cette bizarre situation d'avoir la clientèle la plus nombreuse et de posséder le plus petit nombre de lits. Il conviendrait aussi de ne pas répartir également ces nouveaux lits entre les filles et les garçons, car les garçons atteints de teigne tondante sont plus nombreux que les filles.

« Dans chacun de ces deux hôpitaux, particulièrement à l'hôpital des Enfants, le service, ajoute M. Feulard, devrait être installé dans un pavillon tout-à-fait isolé du reste de l'hôpital et dans les meilleures conditions d'hygiène possible. Non seulement la séparation doit exister comme elle existe partout entre les services de garçons et les services de filles; mais, dans ces services, il conviendrait de réserver un local distinct pour y placer les favus, en laissant aux tondantes naturellement la place la plus grande. Enfin, pour les tondantes elles-mêmes, il serait désirable qu'il y eut encore une salle réservée, où fussent placées les enfants réputés guéris mais que l'on garde encore à l'hôpital pendant plusieurs semaines en observation de guérison, afin d'éviter les réinoculations. Les heures de classe, comme les heures de récréation, seraient combinées de telle sorte qu'il n'y ait aucun rapport possible entre ces diverses catégories de malades. »

Les services externes seraient également réduits à deux : l'un pour la rive droite, l'autre pour la rive gauche. L'avantage de ces centralisations est la facilité d'organiser le service; il serait bien plus aisé d'avoir toujours ainsi un personnel exercé, et de plus, la surveillance administrative se ferait sans encombre ; car les enfants pourraient moins commodément passer d'un traitement à un autre.

Pour parer aux inconvénients de l'éloignement des centres de traitement, on vient de mettre à l'étude un projet fort bien conçu par M. Lailler : il s'agit de la création d'*Ecoles de teigneux*. L'administration de l'Assistance publique fonderait un service où elle s'efforcerait d'amener les enfants à l'heure même où ils devraient se rendre à l'école et où les parents sont appelés au dehors, de garder ces enfants, de les traiter, c'est-à-dire de leur donner tous les soins que réclame leur état et de ne les rendre que le soir au moment où les parents rentrent et où les enfants quitteraient l'école s'ils se portaient bien; c'est-à-dire, en un mot, de créer un traitement auquel elle donnerait le nom de traitement externe à demi pensionnat. Une chose manque pour la mise en œuvre immédiate d'un projet si utile, l'agrément du Conseil municipal. Mais il ne saurait se faire attendre. Car, dirons-nous comme M. Feulard, avec de semblables facilités de traitement, avec l'observance rigoureuse des règlements et de l'inspection des écoles, avec la surveillance administrative et médicale qu'il sera dès lors possible d'exercer sur les enfants en traitement, nous ne doutons pas que l'on ne parvienne un jour à éteindre complètement dans nos écoles parisiennes ce foyer de permanente maladie qui les déshonore véritablement et cause de si grands préjudices à l'éducation des enfants. Est-ce que le favus sinon le trichophyton ne devrait pas en effet avoir bientôt disparu définitivement de notre pays ?

On le voit donc, la thèse de M. H. Feulard, à côté de son importance historique, présente des considérations d'hygiène publique du plus haut intérêt.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

DE L'EXISTENCE DE LA PNEUMONIE LOBAIRE CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE, par M. CARRON DE LA CARRIÈRE, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1886.

Les cliniciens avaient remarqué que les enfants du premier âge présentaient parfois une affection pulmonaire dont les caractères étaient en apparence ceux de la pneumonie vraie, et dont la nature était indécise et mal déterminée. Mais ne pouvant lui assigner, dans la nosologie, une place bien marquée, ils la confondaient avec la pneumonie franche, ou l'en séparaient complètement. Pour eux, c'était une affection spéciale aux enfants très jeunes encore, à la mamelle. Pour les uns, Valleix, il s'agissait de pneumonie lobaire; pour d'au-

(1) Tout au plus pourrions-nous signaler à M. Feulard (à la page 75) une omission. Il ne parle pour les leçons de M. Hardy sur les maladies de la peau que de deux fascicules. Il y en a eu trois.

tres, Gerhard, Rufs, la pneumonie lobaire n'existait pas. Pour M. Bonchnt « la pneumonie lobaire est en réalité si peu différente de la pneumonie lobulaire confinente qu'il est convenable de les rapprocher l'une de l'antre ».

Grâce aux recherches anatomo-pathologiques de MM. Charcot, Cadet de Gassicourt, Parrot, Balzer, Joffroy, on sait maintenant d'une façon irréfutable que certaines soi-disant pneumonies lobaires survenues chez de jeunes enfants et terminées par la mort, sont histologiquement des broncho-pneumonies.

Chez les enfants au-dessous de deux ans, dit M. le professeur Damaschino, la pneumonie franche lobaire est d'une extrême rareté. Pour M. Joffroy, il s'agit toujours d'une broncho-pneumonie à noyaux confluents et non d'une pneumonie : « Quand les enfants ont moins de deux ans, la question se trouve pour ainsi dire tranchée par ce seul fait. »

M. d'Espine (de Genève) croit à l'existence de la pneumonie franche dans le jeune âge. M. Hutinel a observé un cas de pneumonie franche chez un enfant de quinze mois.

M. Carron de la Carrière, après avoir exposé l'opinion des différents auteurs, passe en revue les principaux caractères différentiels que la clinique peut offrir entre la pneumonie franche et la broncho-pneumonie. Il montre que le *mode de début* peut être commun à ces deux affections, et que *leurs signes physiques* sont quelquefois identiques. La confusion serait donc complète sans un troisième élément, qui suffit pour rétablir une distinction ; nous voulons parler du cycle thermique.

Dans la broncho-pneumonie, la température ne présente pas de type nettement défini : expression de lésions si multiples et si variées dans leur nature et dans leur intensité, elle en suit toute l'irrégularité. L'élévation de la température peut ne se faire que d'une façon lente et progressive, par degrés successifs ; d'autres fois, au contraire, elle se fait brusquement. Ce maximum de 40o persiste pendant plus ou moins de temps, quelques heures à plusieurs jours, et est suivi d'une dépression également variable. Puis le thermomètre oscille autour de 38o pendant l'espace court ou long qui sépare deux poussées congestives. Alors la courbe se relève à nouveau et à cette ascension nouvelle succède une nouvelle dépression, etc.

Tout autre est l'aspect sous lequel nous apparaît la pneumonie lobaire ; elle est soumise à une évolution fixe et déterminée. Elle suit un cours régulier.

La fièvre de la pneumonie est continue, et ce caractère la sépare déjà nettement de celle de la broncho-pneumonie ; de plus, elle tombe brusquement. Cette terminaison subite et complète est la signature indéniable de la maladie.

On a ainsi un signe clinique bien spécial à la pneumonie lobaire, et à elle seule, et que l'on n'a jamais rencontré dans la broncho-pneumonie.

Si ni le mode de début, ni l'examen direct de la poitrine ne peuvent servir pour différencier la broncho-pneumonie de la pneumonie, la courbe thermique, complètement distincte dans l'une et l'autre affection, est un moyen sûr pour les reconnaître et établir une ligne de démarcation en clinique.

A. MARTHA.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de Mme Ribart, docteur en médecine, qui avait accompagné la mission de M. Paul Bert au Tonkin. Mme Ribart a succombé à une attaque de dysenterie.

MM. Bocamy, médecin en chef de l'hôpital civil de Perpignan ; Luciani (de Moca Croce) ; Deval (de Pontaumur) ; Petit (de Dijon), et Severin Caussé (d'Alby).

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours de l'adjuvat.* — Le concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Delbet, Sebileau, Pothérat, Récamier, Lyot et Thiéry.

— *Clinicat chirurgical.* — Le concours pour la nomination à trois places de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de MM. Barette (service de M. Trélat), Castex (service de M. Richet) et Guinard (service de M. Verneuil).

— *Clinicat ophthalmologique.* — Le concours pour une place de chef de clinique ophthalmologique s'est terminé par la nomination de M. Valude, comme chef de clinique titulaire, et de M. Kalt, comme chef de clinique adjoint.

CONCOURS D'AGRÉGATION. (*Anatomie, physiologie et histoire naturelle*). — Voici les questions données jusqu'à ce jour pour les leçons d'une heure, après vingt-quatre heures de préparation libre :

Anatomie et physique. - Jeudi 24 juin, M. Jaboulay : Tissus élastiques et élasticité ; M. Quenu : Glandes vasculaires sanguines. — Vendredi 25 juin, M. Rodet : Circulation veineuse du rocher ; M. René : L'épiderme sans ses dépendances.

Pour cette épreuve, les séances ont lieu à une heure de l'après-midi.

***

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires des hôpitaux de Paris pour le prix biennal de 1,000 fr., fondé par le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'Administration avant le 15 août 1886, au plus tard.

— La troisième épreuve éliminatoire (consultation écrite) du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminée jeudi 24 juin 1886.

A la suite de cette épreuve, les huit candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique, seront seuls admis à subir les deux épreuves définitives : MM. les docteurs Bourcy, Gaucher, Hirtz (Edgard), Juhel-Rénoy, Marie, Petit, Robert et Variot.

La première épreuve définitive (composition écrite sur un sujet de pathologie dont l'élément anatomo-pathologique doit faire partie) a eu lieu samedi 26 juin 1886, à onze heures du matin, à l'hôpital de la Charité.

— La dernière épreuve définitive du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux civils de Paris s'est terminée mercredi 23 juin 1886, par la nomination de M. le docteur Auvard.

— Mardi, à deux heures, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, la distribution solennelle des récompenses aux élèves internes en pharmacie. Ont été proclamés lauréats :

Première division (internes de troisième et quatrième année). — Médaille d'or : M. Héret. — Médaille d'argent : M. Winter. — Mentions honorables : MM. Gosselin et Gérard.

Deuxième division (internes de première et deuxième année). — Médaille d'argent : M. Cousin. — Accessit : M. André. — Mentions honorables : MM. Chevrier et Choary.

— Un service médical de nuit, calqué sur celui qui rend de si importants services à la population parisienne, vient d'être organisé à Vienne (Autriche), par l'initiative de notre savant et philanthrope confrère, M. le docteur baron Mundy.

Le service pharmaceutique de nuit. — Le projet suivant vient d'être adopté par le Conseil municipal :

Art. 1er. — Il sera organisé, à bref délai, un service pharmaceutique de nuit.

Art. 2. — Les malades qui désireront se procurer les médicaments à eux prescrits par les médecins de nuit, devront s'adresser au poste de police, d'où un agent muni d'un bon de la préfecture de police les conduira dans une maison de secours quand il se trouvera en présence d'indigents, et, dans le cas où la maison de secours n'aura pas les médicaments prescrits, ou qu'il s'agira de malades non inscrits aux bureaux de bienfaisance, dans une des pharmacies dont les titulaires se seront fait inscrire sur la liste des pharmaciens de nuit.

Art. 3. — Les malades qui pourront payer seront astreints à rembourser les médicaments à eux fournis, plus 1 fr. 50 comme indemnité de dérangement de nuit.

Art. 4. — Un crédit de trois mille francs (3.000 fr.) est ouvert pour le service pharmaceutique de nuit.

***

L'Assistance médicale a Paris. — Nous recevons deux documents prouvant l'utilité des établissements d'assistance publique qui, fondés à côté des hôpitaux ou hospices, sont destinés soit à soigner les malades, soit à recevoir les malheureux. Le premier de ces documents est un rapport lu par M. le docteur Comby, médecin des hôpitaux, à l'assemblée générale de la Société philanthropique. Il expose les résultats obtenus au dispensaire spécial établi pour les enfants à la Villette (166, rue de Crimée). Pendant l'année 1885, il a été donné à ce dispensaire 5.581 consultations gratuites. Le nombre des pansements, bains, douches, etc., a dépassé 100.000. Grâce aux précautions prises pour assurer l'isolement des enfants atteints de maladies contagieuses, aucun cas de transmission de ces maladies n'a pu être imputée au dispensaire.

On n'y traite généralement que des maladies relativement bénignes; on n'y pratique que les opérations d'urgence et les opérations de petite chirurgie. Quant aux maladies chroniques, sur 1.369 enfants traités, on compte 981 guérisons, 197 améliorations, 3 morts, 183 résultats inconnus.

En résumé, depuis trois ans, il a été donné à ce dispensaire 13.685 consultations gratuites; il a été admis à un traitement d'une durée de trois mois 2.400 enfants, dont les deux tiers ont été guéris. Ces résultats prouvent tout à la fois et les avantages que présentent ces sortes d'établissements, et le dévouement éclairé des médecins qui en assurent le service.

***

— Par arrêté préfectoral, en date du 1er juin 1886, le service de la constatation des naissances et des décès, dans le XVe arrondissement de Paris, est réparti en cinq circonscriptions, savoir :

I. Quartier du Montparnasse. — II. Quartier de la Santé. — III. Quartier du Petit-Montrouge. — IV. Partie du quartier de Plaisance, comprise entre la rue des Plantes et la rue de Vanves. — V. Partie du quartier de Plaisance, comprise entre la rue de Vanves et la voie du chemin de fer de l'Ouest.

***

Ecole militaire du Val-de-Grace. — Le concours ouvert le 1er juin pour deux places de professeurs agrégés (section d'anatomie et de médecine opératoire), s'est terminé par la nomination de MM. Vautrin, médecin-major de 1re classe au 17e régiment de chasseurs, chef des travaux anatomiques de l'Ecole de médecine de Limoges, et Nimier, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

***

Ministère de la guerre. — *Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de réserve en 1886*. — Le ministre de la guerre a décidé, le 20 juin 1886, que l'appel des médecins de réserve, en 1886, aurait lieu dans les conditions suivantes ;

100 médecins aides-majors de deuxième classe de réserve seront appelés, à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

10 (5 par division) dans chacun des 12e et 18e corps.

8 (4 par division) dans chacun des 5e, 6e, 9e, 10e, 14e, 15e, 16e, 17e corps.

4 (4 par division) dans le 4e corps, dont une seule division fait manœuvre.

4 dans le 2e corps (2 pour chacune des 2e et 6e divisions de cavalerie indépendante).

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils appartiennent, parmi ceux qui n'ont pas été encore convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade.

La durée de présence des médecins de réserve, y compris le temps du voyage, aller et retour, sera celle des manœuvres auxquelles ils prendront part : vingt jours dans les corps d'armée qui feront des manœuvres d'ensemble; quinze jours dans ceux qui feront des manœuvres de division, et douze jours dans les divisions de cavalerie indépendante.

***

Corps de santé militaire. — Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin inspecteur Levie, directeur du service de santé du 15e corps d'armée, est placé, à dater du 22 juin 1886, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

— Par décret, en date du 21 juin 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — (Choix.) M. Forgemol, en remplacement de M. Galand, retraité. — Est attaché à la direction de l'Ecole du Val-de-Grâce.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — (Choix.) M. Gauthier, en remplacement de M. Forgemol, promu. — Est attaché au 60e d'infanterie.

— Par décret, en date du 21 juin 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Josué Sainte-Rose, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Kopf, médecin de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Sieffert, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. Monnier, docteur en médecine.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Guériteau, pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Lecerf, pharmacien aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — M. Odin, pharmacien diplômé de première classe.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 20 au samedi 26 juin 1886

Fièvre typhoïde 13.—Variole 6.— Rougeole 18.—Scarlatine 11. — Coqueluche 23. — Diphthérie, croup 20 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 44. —

Phthisie pulmonaire 191. — Autres tuberculoses 35. — Autres affections générales 61 — Malformatiou et débilité des âges extrêmes 38. — Bronchite aiguë 25 — Pneumonie 70. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au hiberon 37. — au sein et mixte 23. — Inconnu 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 81. — de l'appareil circulatoire 52. — de l'appareil respiratoire 60. — de l'appareil digestif 36 — de l'appareil génito-urinaire 29. — de la peau et du tissu lamineux 1. — des os, articulations et muscles 4 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 23. — Causes non classées 15. — Total de la semaine : 929 décès.

Fournitures de **librairie** *et* **impression** *de mémoires, brochures, etc., etc. — Octave Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon.*

Toute demande de livres édités *personnellement* par M. Doin, dépassant 30 francs et accompagnée d'un mandat postal ou d'une valeur sur Paris, sera servie franche de port, partout où parviennent les colis postaux, avec une remise de 15 0/0 sur les prix marqués. — Sur tous les autres ouvrages scientifiques ou littéraires publiés par les autres éditeurs, la remise ne serait que de 10 0/0 et l'envoi franc de port. — Sur les demandes inférieures à 30 francs, ou sur les ouvrages expédiés par la poste, aucune remise ne peut être accordée.

Pour les impressions : Les conditions seront à débattre préalablement avec M. Doin, qui fournira des devis et traitera à forfait.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Clinique obstétricale, par le docteur Rodrigues Dos Santos, docteur en médecine de la Faculté de Rio de Janeiro, précédée d'une préface de M. le docteur Adolphe Pinard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome premier. Un volume in-8 de 375 pages avec 57 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Les herpès génitaux, par P. Diday et A. Doyon, de Lyon. Un volume in-8 de 367 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Etude clinique sur l'ostéomyélite gommeuse des os longs, par le docteur J.-F. Perret. Une brochure grand in-8 de 115 pages — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le pouls puerpéral physiologique (grossesse, accouchement, couches normales), par le docteur Longe, in-8 avec 112 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine vraie, par le docteur Henri Huchard, médecin des hôpitaux de Paris (hôpital Bichat). Brochure in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité clinique et pratique des maladies des femmes, par le docteur Guibout. Un volume in-8 de 442 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PHYSIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

Une nouvelle méthode en thérapeutique.

DE L'ENTRAÎNEMENT DES DÉCHETS ORGANIQUES INCOMPLÈTEMENT OXYDÉS. — APPLICATION AU TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par Albert ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hospice des Ménages.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III

Parmi les *médicaments solubilisants,* deux seulement me paraissent remplir les conditions nécessaires, c'est l'acide salicylique et l'acide benzoïque.

Ces deux acides, au lieu de s'oxygéner dans l'organisme, s'y combinent avec des éléments azotés dont le glycocolle peut être considéré comme le type, et se convertissent en acides azotés beaucoup plus solubles que l'extractif qui entre dans leur composition. *L'acide salicylique* se retrouve donc dans l'urine sous forme d'*acide salicylurique,* et l'*acide benzoïque* sous forme d'*acide hippurique.* En un mot, on introduit dans l'organisme un composé ternaire, et il élimine par l'urine un corps quaternaire qui s'est chargé d'azote au passage.

J'étudierai en premier lieu l'*acide benzoïque* et le *benzoate de soude.*

Voyons d'abord ce qui se passe chez l'*homme sain.* Parmi les expériences que j'ai instituées pour élucider ce sujet, j'en choisirai trois dans lesquelles l'acide benzoïque a été administré, pendant quatre, six et sept jours, à des individus bien portants et soumis préalablement pendant deux et trois jours au régime d'entretien. Les résultats de ces trois séries d'expériences sont consignés dans le tableau n° I.

Les matériaux solides subissent dans les trois cas une légère diminution; l'urée s'abaisse, au contraire, dans de plus fortes proportions, et par suite, le rapport de l'urée aux matériaux solides tombe à un taux très amoindri.

Par conséquent, on pourrait induire de ces modifications

TABLEAU I

Action de l'acide benzoïque sur la nutrition de l'homme sain.

Désignation des caractères	1re expérience			2e expérience			3e expérience		
	Avant l'acide benzoïque, 3 jours	2 gr. Acide benzoïque, 6 jours	Après 5 jours	Avant le médicament 2 jours	4 gr. benzoate de soude 4 jours	Après 6 jours	Avant le médicament 3 jours	2 gr Acide benzoïque, 7 jours	Après 2 jours
Quantité	910cc	950cc	1078cc	1300cc	1145cc	1178cc	1515cc	1400cc	1400cc
Densité	1014.5	1013	1012.2	1015	1014	1013.3	1017.1	1017.3	1017.5
Matériaux solides	30.630	29.730	30.750	42.580	38.230	36.260	60.650	56.390	57.330
Urée	13.490	10.770	11.030	16.830	8.900	8.130	15.520	12.480	12.190
Chlorures	5,330	6.240	8.770	6.760	8.510	11.040	15.330	14.160	15 400
Acide phosphorique	0,899	0.717	1.001	1.430	1.183	1.118	2.041	1.360	1.260
Rapport de l'urée aux matériaux solides	43.620	36.250	33.970	39.520	23.350	23.300	25.750	22.100	21.260
Rapport de Ph_2O_5 à l'azote de l'urée	13,900	14.400	21.100	19.100	29.000	29.000	28.000	23.300	22.100

que, chez l'homme sain, l'acide benzoïque diminue la désintégration organique, et qu'il paraît tendre à restreindre les oxydations. Mais si l'acide benzoïque s'élimine lui-même sous forme d'un composé azoté, où trouvera-t-il l'azote nécessaire, si ce n'est dans les éléments de première désassimilation qu'une évolution plus parfaite transforme en urée.

Donc, chez l'homme sain, dans l'état d'équilibre azoté, l'acide benzoïque employé à doses modérées prend, pour former de l'acide hippurique, l'azote là où il le trouve, c'est-à-dire dans les produits de la désassimilation azotée qui devraient servir à former de l'urée. S'il abaisse les combustions, c'est parce qu'il entraîne sous une autre forme une partie des principes destinés à être brûlés.

Si cette vue est exacte, on devra trouver, après l'action de l'acide benzoïque, l'azote total de l'urine augmenté, tandis que l'azote de l'urée diminue; et s'il est vrai que ce médicament ne diminue l'urée que parce qu'il entraîne les déchets à l'aide desquels elle se forme et non parce qu'il diminue réellement les combustions, on devra assister à l'augmentation de l'azote de l'urée quand on élèvera la ration alimentaire azotée ou quand on augmentera la désintégration azotée sans accroître parallèlement la quantité d'acide benzoïque administré.

L'expérience dont les résultats sont consignés dans le tableau n° II réalise les deux conditions auxquelles je viens de faire allusion.

Avant l'administration du médicament, 86 gr., 2 0/0 de l'azote total de l'urine étaient éliminés sous forme d'urée; on donne 3 grammes, puis 2 grammes d'acide benzoïque : le rapport tombe à 61 gr.,4, puis 77 gr., 1 0/0; quand on cesse tout traitement, le rapport se relève à 83 gr.,2 et 91 gr., 1 0/0. Il est donc bien évident que sous l'influence de l'acide benzoïque, l'azote total augmente plus que l'azote de l'urée, ce qui démontre qu'il se fait des décharges azotées sous une autre forme que l'urée.

Si l'on augmente l'ingestion de l'azote, sans augmenter l'acide benzoïque, l'azote de l'urée subit une élévation proportionnelle. Le médicament n'exerce donc pas, à proprement parler, une action directe sur les combustions, et s'il paraît les

TABLEAU II

Action de l'acide benzoïque sur l'élimination de l'azote total et de l'urée.

Dates	Azotes des aliments calculé d'après les tables de Kœnig.	Azote total de l'urine	Azote de l'urée	Azote des composés autres que l'urée.	Rapport de l'azote de l'urée à l'azote total	Observations
9 déc.	8.500	7.396	6.379	1.017	86.200	
10 »	11.700	10.039	6.166	3.873	61.500	3 gr. acide benz
11 »	11.900	10.277	7.933	2.344	77.100	2 gr. »
12 »	11.500	10.001	8.323	1.678	83.200	
13 »	10.800	9.435	8.597	0.838	91.100	

modérer, c'est tout simplement parce qu'il *entraîne le combustible.*

De l'homme sain passons an *typhique*. L'acide benzoïque qui jone un rôle éliminateur si actif sans abaisser l'activité oxydante de l'organisme, sans activer le mouvement de désintégration, remplit très exactement le but que nous nous proposons.

Dans tous les cas, les matériaux solides et l'urée sont augmentés, et dans quatre faits sur cinq, le rapport de l'urée aux matériaux solides a subi aussi un accroissement notable.

Puisque l'acide benzoïque n'augmente pas la désintégration, ces matériaux solides en excès proviennent en partie d'une meilleure utilisation des prodnits de la désassimilation de

TABLEAU III

Action de l'acide benzoïque sur la nutrition des typhiques (2 gr. par jour)

Désignation des caractères	1er cas		2e cas		3e cas		4e cas		5e cas		Moyenne	
	avant	pendant	avant	pendant	avant	pendant	avant	pendant	avant	pendant	avant	pendant
Quantité	800 cc	900 cc	975 cc	1540 cc	775 cc	1100 cc	1000 cc	1000 cc	825 cc	1250 cc	875 cc	1158 cc
Densité	1025	1027	1024	1016.5	1021.7	1020.5	1018	1019	1027.5	1017.6	1022.6	1020.1
Matériaux solides	46.80	50.86	50.38	53.27	37.69	52.75	42.10	44.46	54.94	52.08	43.78	51.48
Urée	28.16	33.43	32.10	34.16	19.90	31.60	23.02	25.97	25.53	31.79	25.74	31.39
Chlorures	4.00	5.85	3.16	4.77	2.20	7.48	8.00	7.20	2.07	4.35	3.88	5.93
Acide phosphorique	2 04	2.02	2.80	2.96	0.83	1.10	0.50	0.43	1.94	1.61	1.62	1.62
Rapport de l'urée aux matériaux solides	60.10	58 10	63.70	64.10	52.80	59.90	54.60	58.40	49.15	61.64	56.00	60.40
Rapport de Ph^2O^5 à l'azote de l'urée	15.50	12.90	18.70	18.50	8.80	7.40	4.60	3.50	16.20	10.80	12.70	10.60

typhiques, et pour une autre part des produits azotés entraînés par l'acide benzoïque sous forme d'acide hippurique. Cet entraînement, loin d'entraver la combustion des extractifs azotés que l'acide benzoïque n'élimine pas, paraît favoriser au contraire leur oxydation, puisque le rapport de l'urée aux matériaux solides augmente dans la grande majorité des cas.

Quel que soit le point de vue auquel on se place, les deux médicaments éliminateurs dont il vient d'être question trouvent dans la rétention des extractifs une indication de première valeur, qu'ils sont absolument aptes à remplir.

Ce que je viens de dire de l'acide benzoïque et des benzoates s'applique à l'*acide salicylique* et aux *salicylates*, comme le démontre, sans qu'il soit besoin d'insister davantage, le tableau n° IV.

TABLEAU IV

Action de l'acide salicylique sur la nutrition dans l'état normal, la fièvre typhoïde et le rhumatisme articulaire aigu.

Désignation des cas	Dose employée	Température avant et après le médicament	Avant l'acide salicylique		Après l'acide salicylique	
			Matériaux solides	Urée	Matériaux solides	Urée
Fièvre typhoïde	4 gr.	41.2-39.4	49.14	9 gr.	68.03	16.7
Rhumatisme articulaire aigu..	4 gr	39.4-38.4	48.95	13.7	68.81	25.08
Etat normal ...	4 gr	37.5-37.0	35.10	11.72	44.57	13.29

IV

Les acides benzoïque et salicylique ne sont pas les seuls composés qui jouissent de la propriété de fixer de l'azote dans leur passage à travers l'organisme. Un grand nombre de produits se transforment dans l'organisme en acide benzoïque ou en acides aromatiques par un procédé d'oxydation, et ceux-ci s'éliminent à leur tour par les urines en combinaison avec le glycocolle.

Le *tolène*, le *xylène*, le *mésithlène*, le *cymène*, sont dans ce cas. Il en est de même de l'*éthyl* et de la *propylbenzine*, des dérivés bromés, chlorés et nitrés des carbures aromatiques, et de plusieurs autres substances aromatiques comme la *benzylamine*, *a benzamide*, l'*acétophénone*, l'*acide cinnamique*, l'*acide phénylpropionique*, l'*acide quinique*.

Les dérivés substitués de l'acide benzoïque se convertissent aussi en dérivés substitués de l'acide hippurique, tels sont les acides *métachlorobenzoïque*, *métanitrobenzoïque*, *oxybenzoïque*, qui se retrouvent dans l'urine sous forme d'acides *métachlorohippurique*, *métanitrohippurique*, *oxyhippurique*, dont l'un n'est autre que l'acide salicylurique.

Enfin, les acides *toluique*, *anisique*, *cuminique*, *phénylacétique*, se transforment dans l'organisme en acides analogues à l'acide hippurique. Ce sont les acides *tolurique*, *anisurique*, *cuminurique*, *phénacéturique*.

Je ne puis encore donner que des indications sommaires sur l'utilisation possible de quelques-uns de ces nombreux produits, et je me borne à indiquer cette *voie nouvelle de la thérapeutique qui consiste à éliminer de l'organisme un produit dangereux et peu soluble en le transformant par combinaison en un composé inoffensif et soluble.*

Mais, en dehors de ce que je viens de dire des acides benzoïque et salicylique, tout est à faire dans cette voie, et je ne doute pas qu'on ne trouve parmi les corps dont l'énumération précède quelque composé qui jouisse d'utiles propriétés thérapeutiques et dont l'on puisse poursuivre l'application.

Ce qu'il m'est possible de dire de suite, c'est que les acides métanitro et métachloro-benzoïque ne sauraient être utilisés à cause de la très faible solubilité de leurs dérivés, les acides métanitro et métachloro-hippurique; les acides tolurique, mésitylénurique, cuminurique, qui se dissolvent aussi dans l'eau avec une grande difficulté, encourent le même reproche. Au contraire, les acides paratélurique et phénacéturique qui passent dans l'urine après ingestion du toluol et de l'acide phénylacétique sont beaucoup plus solubles.

L'acide *méthylsalicylique* et ses sels sodiques peuvent être administrés aux mêmes doses que l'acide salicylique et le salicylate de soude; il paraît moins nocif que ce dernier, mais son action immédiate sur la température est aussi moins marquée.

L'acide *anisique*, dont Bertagnini a déjà étudié la transformation et l'action sur l'organisme, peut être ingéré à la dose de 6 grammes, sous forme d'anisate de soude, sans le moindre inconvénient. Il abaisse légèrement la température, mais la plus grande partie de la dose passe inaltérée dans l'urine, et l'acide anisurique formé est en minime proportion. En outre, l'acide anisurique jouit d'une très faible solubilité, ce qui est une contre-indication à l'emploi que nous en voulons faire.

L'acide *phénylacétique* jouit, d'après Wernich, de propriétés antiseptiques assez accentuées. L'acide phénacétnrique paraît être le soul produit auquel il donne naissance; il est très soluble dans l'eau chaude et beaucoup plus soluble dans l'eau froide que l'acide hippurique.

Tels sont les courts documents que je puis fournir actuellement sur ces médicaments d'avenir; ils suffisent pour montrer que si la méthode est acceptée, les moyens de la mettre en œuvre ne feront pas défaut.

V

La solubilisation par combinaison ainsi envisagée est une méthode de traitement qui s'applique à la *fièvre typhoïde* et à toutes les *maladies typhoïdes* en général, puisque l'apparition d'un état typhoïde dans une phlegmasie, par exemple, coïncide avec une élimination diminuée par une destruction au moins égale, c'est-à-dire avec une rétention dans les tissus des produits de leur activité. On peut donc, au point de vue de la pathologie générale, rapprocher l'état typhoïde en luimême de la rétention des déchets dans les tissus et subordonner celui-ci à celle-là, quelle que soit d'ailleurs la maladie protopathique que cet état typhoïde est venu compliquer.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons compter que sur les acides benzoïque et salicylique, et je vous avoue que toutes mes préférences sont pour l'acide benzoïque et le benzoate de soude qui sont moins nocifs pour l'estomac et qui, à dose égale, entraînent plus d'azote que l'acide salicylique, à la condition qu'on ne s'écarte pas de certaines règles d'administration que je tracerai tout à l'heure.

Voilà donc une voie aussi intéressante que nouvelle, dont les

applications s'étendent à toutes les maladies dans lesquelles il est nécessaire de faciliter l'élimination d'extractifs contenus en excès dans les plasmas, et qui ne peut manquer de donner de féconds résultats, d'autant que la plupart des composés dont il s'agit jouissent aussi d'indéniables propriétés antiseptiques.

Je crois avoir démontré la première partie de ma thèse, et personne ne saurait admettre que des médicaments qui augmentent les matériaux solides, l'urée, et le coefficient d'utilisation, diminuent les oxydations. Aussi, sans donner l'élimination des matières pyrétogènes comme l'unique facteur de l'action des antipyrétiques, au moins convient-il de lui réserver une place qui ne lui avait jamais été accordée jusqu'à présent.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la laparotomie sous-péritonéale,
en particulier dans le traitement des abcès pelviens
et des hématocèles pelviennes,
par le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Voici trois observations à l'appui de ce que je viens de dire de l'incision exploratrice. De fait, les deux dernières seules méritent d'être rangées sous ce chef, puisque dans la première j'ai pu extraire les masses ganglionnaires que je vous présente et qui, soit dit en passant, offrent un intérêt considérable au point de vue de la théorie de certaines inflammations péri-utérines.

Obs. II. — *Adéno-lymphite péri-utérine. — Laparotomie sous-péritonéale. — Enucléation de ganglions dans la fosse iliaque et le petit bassin. — Amélioration.*

Julien (Marie), 29 ans, modiste, entre le 9 juillet 1885 à l'hôpital Pascal, salle A, lit nº 2.

Antécédents. — Scarlatine dans l'enfance ; bubon scarlatineux suppuré.

Réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Constamment les règles ont été très douloureuses.

Une enfant à 19 ans. Bonnes suites de couches. Après cet accouchement unique, les règles sont aussi douloureuses qu'auparavant, avec expulsion analogue de caillots sanguins.

Il y a sept ans, péritonite (?) sans cause connue, qui nécessite un séjour au lit pendant trois mois. La guérison paraît en avoir été complète.

Il y a deux ans, métrite (?) qui dure deux mois. Séjour au lit. Guérison encore complète, sans persistance de phénomènes douloureux.

L'affection actuelle débute il y quatre mois et demi, à la suite d'un refroidissement, le premier jour des règles.

Le lendemain de ce refroidissement, douleurs dans le bas-ventre, fièvre, frissons. La malade est obligée de garder le lit. Les règles ne s'arrêtent pas et durent encore trois jours comme d'habitude.

Le 2 mai 1885, entrée à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. Gérin-Rose, qui diagnostique un *phlegmon du ligament large.*

Traitement : cataplasmes, purgatifs, lavements, vésicatoires, pointes de feu.

Vers le 15 juin environ, issue par le rectum d'une grande quantité de pus. L'écoulement, qui dure environ huit jours, fait disparaître les douleurs et tomber la fièvre.

Les douleurs et la fièvre reparaissent avec la cessation de l'écoulement. Piqûres de morphine.

9 juillet 1885. — Passage à l'hôpital Pascal.

État actuel.—La malade accuse des douleurs vives dans le bas-ventre, avec irradiations douloureuses dans la cuisse droite. Inappétence. Constipation. Fièvre légère le soir. Insomnie, nervosisme.

La fosse iliaque gauche est complètement libre.

A droite existe une tumeur étalée, adhérente à la fosse iliaque, dure et douloureuse à la pression, du volume du poing.

Au toucher vaginal, le col paraît entr'ouvert, déchiré à gauche L'utérus est immobile et en rétroflexion.

Le cul-de-sac latéral gauche est libre.

A droite, le cul-de-sac est effacé par la présence d'une tumeur dure, douloureuse, sans aucune apparence de fluctuation, et qui se continue manifestement en haut avec la tumeur de la fosse iliaque.

La pression de la main, appliquée sur cette dernière, transmet le mouvement au doigt vaginal, mais sans donner la sensation de fluctuation.

Le toucher rectal permet d'apprécier de nouveau l'existence de la tumeur à droite, sa grande dureté et sa fixation exacte à la paroi pelvienne sur laquelle elle n'offre aucune mobilité.

Le soir, T. 38o,6.

10 juillet. — Matin, 36°,8 ; soir, 38°. La persistance de la fièvre et l'intensité des douleurs, ainsi que les antécédents, permettant de supposer qu il se ferait un travail de suppuration dans la tumeur de la fosse iliaque, M. Pozzi se décide à aller l'inciser en décollant le péritoine.

Opération le 13 juillet. Anesthésie par le chloroforme. Incision comme pour la ligature de l'iliaque externe.

Le péritoine est soulevé, et le doigt arrive en dedans des vaisseaux iliaques externes sur une tumeur arrondie, rénitente, mais non fluctuante, et dont le toucher vaginal permet d'établir la continuité avec la tumeur à caractères analogues qui occupe le cul-de-sac latéral droit.

Une ponction faite avec un petit trocart dans la tumeur mise à nu ne donne issue à aucune matière liquide. Par la piqûre se fait un écoulement sanguin en nappe. Una exploration attentive permet bientôt de reconnaître là un ganglion engorgé, dont l'énucléation est faite assez facilement avec les doigts.

Son volume est à peu près celui d'un petit œuf de poule. Il est situé au niveau du détroit supérieur.

Derrière lui, et plus profondément dans le petit bassin, arrivant jusque sur les parties latérales de l'utérus, un autre ganglion de même volume est extrait de la même façon.

Son ablation permet d'arriver sur un troisième, situé au voisinage immédiat du cul-de-sac vaginal ; par prudence, et de crainte d'hémorrhagie dangereuse à cette profondeur considérable, il est laissé en place.

De l'extraction des deux premiers ganglions résulte la formation d'une cavité dans laquelle on sent battre en arrière l'artère iliaque interne, et qui descend inférieurement jusqu'au cul-de-sac vaginal.

Cette cavité saignante est badigeonnée avec une solution de chlorure de zinc à 3 0/0, puis drainée avec un tube de gros calibre sortant par l'angle inférieur de la plaie abdominale. Suture complète de la plaie par des fils métalliques profonds et superficiels. Pansement de Lister, forte compression.

Les suites de l'opération ne présentent rien de notable. Le 8 août, la cicatrisation est complète après une suppuration médiocre de courte durée.

Le mouvement fébrile a disparu. Il y a encore des douleurs de névralgie lombo-abdominale très vives, que les piqûres de morphine parviennent seules à soulager.

La malade sort le 16 septembre. Le palper abdominal montre que la tumeur de la fosse iliaque a disparu ; le toucher vaginal

permet de sentir dans le cul-de-sac droit une induration très circonscrite et ne formant plus saillie.

En résumé, amélioration considérable de l'état anatomique, mais persistance de phénomènes névralgiques.

Obs. III. — *Périmétrite plastique et suppurée. — Fistule rectale. — Laparotomie sous-péritonéale exploratrice. — Pas d'accidents.*

Bebeneau, Eugénie, 35 ans, couturière, entrée le 20 octobre 1885, à l'hopital Pascal, salle A, n° 15.

Antécédents. — Pas de scrofule, ni syphilis, ni rhumatisme; réglée à 11 ans, menstruation régulière, mariée à 16 ans 1/2, trois enfants.

Il y a un an, sans cause appréciable, la malade commence à sentir des élancements douloureux dans la fosse iliaque droite, surtout accentués au moment des règles.

Le 14 juillet 1885, à la suite d'un refroidissement pendant la période menstruelle, apparaissent les phénomènes du phlegmon péri-utérin diagnostiqué en ville.

Etat à l'entrée. — Le toucher rectal et vaginal, ainsi que le palper abdominal, permettent de reconnaître que l'utérus est volumineux, comme si ses parois contenaient un corps fibreux. Il est immobilisé dans le petit bassin et il existe un empâtement ligneux, dans le cul-de-sac latéral droit principalement; phénomènes de cystyte aiguë du col (ténesme, légère opalescence des urines).

Il y a eu, il y a trois semaines, évacuation par le rectum d'une petite quantité de pus.

La malade reste dans le service pendant quatre mois avec des alternatives variables, rendant de temps en temps du pus par le rectum, et toujours en proie à des douleurs abdominales très intenses.

L'examen le plus consciencieux plusieurs fois répété ne permet de reconnaître aucune tumeur dans les fosses iliaques et aucun point fluctuant ou dépressible dans les culs-de-sac vaginaux. Toutefois, l'écoulement intermittent du pus par le rectum ne permet guère de douter qu'il y ait un foyer pyogénique au milieu des produits plastiques péri-utérins.

Encouragé par une précédente opération, M. Pozzi se décide à faire une incision exploratrice.

Opération. — Le 11 mars 1886, la malade étant chloroformée — laparotomie sous-péritonéale à droite — le péritoine est excessivement adhérent en dedans des vaisseaux iliaques externes, il se déchire dans une étendue de 4 centimètres environ et est immédiatement suturé au catgut. On poursuit le décollement de la séreuse un peu plus bas, jusqu'à ce que le doigt introduit par la plaie ne soit séparé du doigt introduit dans le vagin que par une épaisseur de tissu induré d'environ 2 centimètres. En explorant de tous côtés la base du ligament large et les parties latérales de l'utérus, on ne sent aucun point dépressible, mais seulement des masses indurées. Il est facile de palper l'utérus à travers le péritoine décollé, et d'apprécier sa grande augmentation de volume; une bride très tendue, qui pourrait être la trompe adhérente, existe sur sa partie latérale.

L'examen est alors abandonné, un drain est placé dans la profondeur de la plaie qui est refermée par deux plans de sutures: 5 au catgut sur l'aponévrose du grand oblique, 3 sutures profondes au fil d'argent comprennent à la fois les plans profond et superficiel, 9 points métalliques superficiels.

Pansement à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent très simples; il survint pourtant un peu de suppuration superficielle. Trois semaines après, la cicatrisation était complète.

Une amélioration considérable des phénomènes douloureux s'est produite depuis cette époque, et l'opération paraît avoir réellement provoqué une certaine résolution dans l'empâtement péri-utérin. La fistule rectale persiste cependant, et la malade, quoique améliorée, n'est nullement guérie.

Obs. IV. — Je viens tout récemment de pratiquer une incision exploratrice dans des conditions très analogues, sur la femme d'un médecin présentant depuis près de deux ans des phénomènes de périmétrite avec fistule rectale. L'examen clinique ne permit pas de découvrir de foyer accessible dans le petit bassin, et on sentit seulement des masses indurées péri-utérines par le toucher vaginal et le toucher rectal; cependant, en présence de l'état grave de la malade, qui était en proie à une poussée aiguë des plus menaçantes, je me décidai à faire une incision exploratrice par la voie sous-péritonéale; elle fut pratiquée à droite, point de départ des premiers accidents. Là encore, adhérence extrême de la séreuse, que le doigt décolle avec peine au-delà des vaisseaux iliaques, et qui se déchire dans une petite étendue: suture avec 4 points de catgut, continuation de la recherche qui demeure négative. Mais pendant cette exploration intra-pelvienne et sous l'influence sans doute de la malaxation des tissus indurés qui renfermaient une petite cavité purulente, brusque évacuation de deux à trois cuillerées de pus par le rectum, au cours de l'opération. Pansement comme dans l'observation précédente. Suites également bénignes.

Chute immédiate de la fièvre (l'opération a eu lieu il y a une dizaine de jours, et on peut apprécier déjà son innocuité parfaite).

L'évacuation ou la recherche des collections purulentes dans le petit bassin ne me paraît pas être la seule application importante de l'incision de la fosse iliaque suivie du décollement péritonéal. Elle peut, je crois, pour le traitement des volumineuses hématocèles rétro-utérines, être avantageusement substituée soit à l'incision vaginale, que tant d'auteurs ont abandonnée par suite du danger d'hémorrhagie incoercible et des difficultés du drainage et de l'antisepsie, soit à la laparotomie intra-péritonéale, qui fera hésiter encore bien des chirurgiens. Je n'ignore pas les beaux succès que cette opération hardie a donnés entre les mains de Lawson Tait (1), Baumgaertner (2), Martin (3), Imlach (4), Prengrueber (5).

Mais je répéterai ici ce que j'ai dit à propos du même traitement appliqué aux abcès pelviens; la communication du foyer morbide, même détergé, avec la cavité séreuse, est toujours menaçante pour celle-ci. Or, il sera bien souvent impossible de *séquestrer* ce foyer après son évacuation, en suturant exactement les parois de la poche aux parois abdominales; et alors les sécrétions de ce foyer pourront irriter le péritoine et en provoquer l'inflammation septique. Rien de pareil n'est à craindre avec la laparotomie sous-péritonéale. Certes, ses applications, en pareil cas, sont restreintes. La majorité des hématocèles doit être abandonnée à la résorption naturelle, et l'on ne sera autorisé à intervenir que lorsque le volume de la collection fera craindre l'impossibilité de ce travail spontané, ou encore quand la suppuration sera à craindre. Je ne discute pas actuellement les indications générales de l'incision de l'hématocèle, je recherche seulement le procédé le meilleur. La laparotomie sous-péritonéale réunit les avantages suivants: on opère à ciel ouvert et commodément; on aborde la poche sans traverser la grande cavité péritonéale; on peut y faire une ouverture large et facilement maintenue béante,

(1) *Medico-Chir. Transactions*, vol. LXIII, p. 307, 1881.
(2) *Deutsche med. Wochenschrift*, no 36, 1882.
(3) *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, Band VIII, Heft 2, 1883.
(4) *British med. Journal*, Aug. 1884.
(5) *La Semaine médicale*, janvier 1885.

par laquelle l'évacuation immédiate de la plus grande partie du contenu est aisément obtenue ; enfin le drainage peut être assuré mieux que par aucune autre voie, ainsi que les injections détersives, si utiles dans une grande cavité morbide.

L'observation suivante vient à l'appui de ces propositions :

Enorme hématocèle rétro-utérine. — Laparotomie sous-péritonéale. — Drainage iliaque et iléo-vaginal. — Guérison complète.

Ketchmeier (Joséphine), âgée de 38 ans, couturière, entre le 27 juin 1885 à l'hôpital Pascal, lit A, no 18.

Antécédents. — Père mort de tuberculose pulmonaire à 36 ans. Mère morte à 26 ans, également d'affection pulmonaire.

Réglée à 13 ans. Menstruation toujours régulière. 5 enfants : le premier, à l'âge de 17 ans ; le dernier, à 27 ans. Les couches n'ont jamais eu de mauvaises suites. Les cinq enfants sont tous morts en bas âge.

A 23 ans, fièvre typhoïde.

A 32 ans, en sautant à la corde, la malade ressent tout à coup une douleur violente dans le bas-ventre, douleur suivie d'accidents inflammatoires qui tiennent la malade au lit pendant deux mois.

En janvier dernier, elle aurait eu des coliques hépatiques pendant huit jours.

Au commencement de mai suivant, les règles viennent à leur époque normale. Mais, au lieu de s'arrêter au bout de quelques jours, l'écoulement sanguin persiste sans cause appréciable. Le 5 juin, cet écoulement durant encore, la malade glisse d'un tabouret sur lequel elle était montée et retombe violemment sur ses pieds : le choc lui retentit dans le bas-ventre.

Une heure après cette chute, une vive douleur se fait sentir dans le petit bassin et devient persistante. De temps en temps cette douleur devient plus forte et chaque exacerbation est suivie de l'expulsion de gros caillots sanguins.

Huit jours après cet accident, la malade ressent de la fièvre. Le 20 juin, elle entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Gérin-Roze, où M. Pozzi la voit quelques jours après.

Le 26 juin, elle est transférée à l'hôpital Pascal, lit no 18.

28 juin. — *Etat actuel.* — Ketchmeier est dans un état d'épuisement marqué et paraît très affaiblie. Elle est pâle, anémiée ; ses muqueuses sont décolorées. Les conjonctives oculaires présentent une légère teinte subictérique.

Le pouls est petit et fréquent.

La température, qui était hier soir de 38°,3 dans l'aisselle, est ce matin de 37o,6.

Langue blanche. Bouche amère. Constipation depuis une quinzaine de jours.

Souffle anémique à la base du cœur.

Le ventre, volumineux, est surchargé de tissu adipeux, présente des vergetures et offre, dans la région sous-ombilicale, des traces nombreuses de vésicatoires. Il est tendu, sensible à la pression.

La *palpation* fait bientôt reconnaître une tumeur profondément située, occupant toute la région hypogastrique, et arrivant jusqu'à l'ombilic, qu'elle ne dépasse point sur la ligne médiane. Mais, à gauche, la tumeur s'élève de deux travers de doigts au-dessus de ce niveau et paraît s'enfoncer profondément dans le flanc; elle n'occupe que le tiers interne de la fosse iliaque de ce côté. A droite, la tumeur déborde dans la région sous-ombilicale, mais offre un développement beaucoup moindre que celui du côté gauche.

En recherchant la fluctuation, on éprouve plutôt une sensation d'élasticité et de rénitence, comme serait celle d'une poche modérément tendue.

Au toucher vaginal, on arrive difficilement sur le col, situé très haut, immédiatement en arrière du pubis, contre lequel il est comprimé, par existence d'une tumeur considérable occupant les culs-de-sac latéraux et postérieurs et surtout développés à gauche. La combinaison du palper et du toucher permet de reconnaître que cette tumeur se continue directement avec celle de l'abdomen, qu'elle est fluctuante et qu'on renvoie le flot de l'une à l'autre.

Diagnostic. — Hématocèle rétro-utérine intra-péritonéale enkystée.

Purgation avec huile de ricin, 30 grammes.

Selles abondantes.

T. soir, 38°.

30 juin.—Ce matin, efforts de vomissements. Accès d'étouffement. Oppression.

T. matin, 37°,3 ; soir, 38°,4.

1er au 5 juillet.—Même état ; il y a toujours un peu de fièvre le soir.

T. 38o,4 à 38o,6.

M. Pozzi vu le volume considérable de la tumeur, qui rend improbable une résorption spontanée, et vu la menace de suppuration indiquée par le mouvement fébrile vespéral, se décide à pratiquer l'évacuation chirurgicale du foyer.

5 juillet. — La malade prend un grand bain.

Opération. — *6 juillet.*—Incision dans la région iliaque gauche, commençant à 1 centimètre au-dessus du ligament de Fallope, à 3 centimètres en dehors de l'épine du pubis; cette incision a environ 10 centimètres et s'éloigne en dehors de l'arcade de 3 centimètres. Dissection couche par couche jusqu'au péritoine, qui est décollé avec le doigt par l'opérateur et maintenu soulevé par les doigts d'un aide. On soulève ainsi l'S iliaque et on passe au-dessus des vaisseaux iliaques externes. En dedans de ceux-ci, on arrive sur la poche de l'hématocèle. Elle est d'abord ponctionnée avec un petit trocart. Il sort du liquide sanguin sirupeux, couleur de chocolat. La poche est alors largement ouverte avec le bistouri et le doigt. Issue de caillots sanguins qu'on enlève avec une cuiller à potage ; les caillots sont aussitôt pesés : leur poids atteint 500 gr. Une quantité égale au moins de contenu liquide a été perdue dans les linges et les lavages.

L'exploration prudente de la poche avec le doigt permet de sentir les battements de l'iliaque interne dans la profondeur. De plus, un autre doigt étant introduit dans le vagin, les deux extrémités digitales arrivent au contact l'un de l'autre au niveau du cul-de-sac recto-utérin, séparées seulement par l'épaisseur des parois vaginales. Toutes ces explorations sont faites avec beaucoup de ménagements pour ne pas déchirer les adhérences.

Avec un grand trocart courbe de Chassaignac, M. Pozzi fait alors passer un drain de la cavité péritonéale dans le vagin, par le cul-de-sac postérieur. Deux autres drains sont placés dans l'angle supérieur de la plaie abdominale, en *flûte de Pan*.

Avec deux fils de soie, la peau est suturée à la paroi de la poche pour éviter le frottement des drains sur l'artère iliaque externe, qui est en dehors du foyer.

Lavage de la poche avec eau phéniquée faible. On fait passer environ dix litres de liquide phéniqué tiède.

Pansement de Lister. Bandage de corps.

T. soir, 39°,8. Le pansement est changé. Lavage avec eau oxygénée.

La suppuration de la poche dure jusqu'à la fin du mois d'octobre. A ce moment, elle est complètement tarie, et les ouvertures des drains fermées. L'état général est excellent. La guérison est complète.

Bains sulfureux tous les deux jours.

2 novembre. — La malade se disposant à quitter l'hôpital, on procède à un examen approfondi par la palpation et le toucher vaginal.

Le ventre est parfaitement souple, facilement dépressible, et la palpation ne fait sentir aucune tumeur profonde. La cicatrice est très déprimée dans son tiers inférieur, où existe une sorte d'ombilic, vestige du long séjour du drain.

Toucher vaginal. — Col utérin fortement porté en arrière. L'utérus paraît, par suite, porté en avant, il est très peu mobile. Les culs-de-sac latéraux et postérieurs offrent de la résistance au toucher, comme par suite de la présence de brides. Aucune tu-

meur proprement dite, mais des traces manifestes d'abondant tissu cicatriciel péri-utérin.

Cette exploration devait être suivie d'une rechute qui retarda de deux mois entiers la guérison

3 novembre. — Douleurs et élancements dans la fosse iliaque droite, tuméfaction et empâtement à ce niveau.

T. matin, 38°; soir, 39°.

L'état continue à être le même les jours suivants.

6 novembre. — La cicatrice de la fosse iliaque gauche s'est ouverte et a donné issue à une quantité considérable de pus. La pression de la fosse iliaque droite et le toucher vaginal combinés facilitent la sortie d'un pus abondant, épais. Cette manœuvre est douloureuse.

Lavage antiseptique. Rétablissement du drainage.

T. matin, 37o; soir, 38o.

Écoulement abondant par le drain. Diminution de l'appétit. L'état général est moins bon.

Urines normales.

9 novembre. —La tuméfaction de la fosse iliaque droite persiste, très douloureuse à la pression.

Anesthésie par le chloroforme. Incision oblique de 8 centimètres sur les parties latérales et inférieures de la fosse iliaque droite. Dissection couche par couche jusqu'à ce qu'on soit arrivé sous le transverse; il sort alors une grande quantité de pus venant d'une poche qui ne communique pas avec celle de la fosse iliaque gauche.

Les jours suivants, la température ne dépasse pas 37o. Les douleurs ont disparu.

12 novembre.—Une ouverture fistuleuse se produit au fond de la plaie pratiquée le 9 novembre dans la fosse iliaque droite; il sort une certaine quantité de pus. Par cette ouverture, on peut introduire une sonde cannelée et la faire pénétrer assez profondément. Pansements antiseptiques, lavages, drains.

L'état général s'améliore tous les jours; l'appétit revient peu à peu, et, en l'espace d'un mois, la malade a repris toutes les apparences d'une bonne santé.

La malade, entièrement guérie, est présentée à la Société de chirurgie en janvier 1886.

Elle a depuis repris ses occupations et se porte parfaitement bien; elle a recouvré un embonpoint notable et ne ressent aucune douleur; la menstruation est normale.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie du système nerveux

I. Sur une forme spéciale d'expectoration chez les hystériques, par E. Wagner (*Deut. Archiv für klin. Medicin.*, t. XXXVIII, fasc. 3, p. 193). — II. Sur deux cas de tabes dorsalis avec conservation du phénomène du genou, par le professeur Westphal (*Neurologisches Centralblatt*, 1886, no 6, p. 142, et no 10, p. 237). — III. Sur la pathologie du tabes, par Oppenheim (Ibidem, no 11, p 255). — IV. Sur un complexus symptomatique spécial, dans un cas de lésion des cordons postérieurs, par Westphal (*Archiv für Psychiatrie*, t. XXI, fasc. 2, p. 498).

I. Le professeur Wagner a observé dans six cas d'hystérie une expectoration à caractères spéciaux, qui persistait pendant des semaines et des mois. Les crachats rendus par ces hystériques étaient formés par une bouillie rougeâtre, ou d'un rouge bien net, dont le fond était parsemé de particules grisâtres très ténues. Dans un cas, les crachats offraient une ressemblance parfaite avec de la gelée de framboise.

A l'examen microscopique, on découvrait dans les masses expectorées des globules rouges en nombre moins considérable qu'on eût pu s'y attendre, des globules de pus, des débris d'épithélium pavimenteux, des coccus ou des bactéries, mais point de cellules de provenance laryngée ou pulmonaire. Une fois, il s'y trouvait des organismes ayant une grande ressemblance avec le « trichomonas vaginalis », une autre fois des bacilles de la tuberculose. Les crachats étaient rendus à la suite de véritables quintes de toux et non par simple expuition, surtout la nuit et le matin. Leur provenance véritable et la cause de leur formation restent encore à éclaircir. M. Wagner incline à croire que ces crachats sont le produit d'une stomatite accompagnée d'hémorrhagies capillaires.

II. Dans une des dernières séances de la Société de psychiatrie de Berlin, le professeur Westphal a fait une communication sur deux cas de tabes dorsalis avec conservation du phénomène du genou. Les faits de ce genre sont relativement rares. Depuis longtemps l'attention de Westphal s'est portée d'une façon spéciale sur la localisation du territoire de la moelle (portion inférieure du segment dorsal et portion supérieure du segment lombaire), dont la lésion entraîne l'abolition du phénomène du genou. Un certain nombre d'observations l'ont conduit à admettre que le siège exact de cette zone doit être localisé dans la partie externe du cordon postérieur. Ainsi, chez un tabétique, chez lequel l'abolition du phénomène du genou s'était manifestée pour la première fois deux mois avant la mort, la dégénérescence des cordons postérieurs présentait sur une section transversale la forme d'une strie passant par le milieu environ du cordon de Burdach; la dégénérescence s'étendait de dedans en dehors dans la direction de la substance gélatineuse de Rollando. Même localisation de la lésion, mais dans une étendue un peu plus grande, à l'autopsie d'un tabétique qui, pendant une période d'observation très longue, n'avait présenté d'autre symptôme que de l'amaurose, avec abolition du phénomène du genou, mais sans incoordination motrice. Dans un cas de dégénérescence des cordons postérieurs qui ne s'était point traduit, du vivant du sujet, par les manifestations cliniques du tabes dorsalis, le phénomène du genou était resté conservé jusqu'à la mort; à l'autopsie, on trouva encore la même localisation de la lésion spinale, seulement la strie de dégénérescence s'étendait beaucoup moins en dehors.

Enfin, plus récemment, Westphal a observé deux tabétiques, dont l'un avait présenté les premiers symptômes de la maladie dans le cours de l'été de 1882. Le malade entra à l'hôpital de la Charité de Berlin au mois de juillet 1883, réalisant le tableau complet du tabes, si ce n'est que le phénomène du genou était conservé. Ce n'est qu'à partir du mois de septembre qu'on constata une diminution dans l'intensité du phénomène; abolition complète au mois d'octobre. Le malade succomba dans les premiers jours de l'année 1884.

L'autopsie fit découvrir une zone de dégénérescence située dans le segment externe du cordon postérieur et qui s'étendait, en dehors, jusqu'à la limite d'une zone que Westphal propose d'appeler *zône radiculaire des cordons postérieurs*, et qui confine à la substance gélatineuse de Rollando: « Si, de l'angle saillant de la substance gélatineuse, tourné du côté

de la ecissure médiane, on condnit d'avant en arrière nne ligne parallèle à la ligne médiane, cette zône radiculaire des cordons postérieurs est eituée en dehors. » Dans le second cas, le début de la maladie remontait à l'année 1882; le phénomène du genou était resté coneervé jusqu'au 24 novembre 1884; le phénomène avait perdn de son inteneité le 17 janvier 1885; il était complètement aboli le 23 janvier, veille du jour où snccomba le malade. Même localieation de la dégénérescence des cordons poetérieurs que dane les cas précédents. Dans les denx cas, il y avait en outre, dégénérescence d'une partie dee cordone latéraux et des colonnes de Clarke. Il est impossible, ajoute Weetphal, d'assigner des limites précises à cette zône radiculaire des cordons poetérieurs, mais certainement c'est avec une lésion de cette zône que se trouve en relation l'abolition du phénomène du genou.

Dans la discuseion qui a euivi, Bernhardt a également cité des cas de tabes dans le cours deequels il avait constaté la persistance du phénomène du genou; au contraire, dans un cas de tumeurs cérébrales disséminées, le phénomène du genou était aboli. Mendel a également parlé de cae d'affections cérébrales (tumeurs, apoplexie) avec abolition du phénomène du genou. Thomsen a ajouté qne sur dix cae de méningites cérébro-spinales et de méningites tuberculeusee, il en a rencontré cinq avec abolition du phénomène du genou. Dans les dix cas, l'autopsie a démontré l'absence de lésions spinales. A ce propos, M. Westphal a déclaré qu'il n'avait jamais eu la prétention de faire de l'abolition du phénomène du genou un signe pathognomonique du tabes dorsalis.

III. M. Oppenheim a pris à tâche de rechercher, en collaboration avec M. Siemerling, si, dans les cas de tabes dorsalis, les dégénérescences des nerfs périphériques, signalées par Pierret, Westphal, Déjerine, font partie des lésions habituelles de cette maladie, et s'il existe un rapport fixe entre l'étendue et l'intensité des lésions spinales d'une part, des lésions nerveuses périphériques de l'autre, et quelle est le degré approximatif de fréquence de ces dernières.

M. Oppenheim rappelle que la forme habituelle, la plus simple, de la dégénérescence des nerfs périphériques présente les caractères suivants : entre des fibres de structure normale s'en trouvent d'autres dont la gaîne de myéline est plus ou moins désorganisée et dont le cylinder-axe est atrophié, quelquefois complètement anéanti, de telle sorte que la fibre nerveuse se réduit à une gaîne de Schwann, vide. Le périnèvre, l'endonèvre et les vaisseaux sont intacts. Cette forme de névrite se rencontre à un degré peu prononcé dans des circonstances pathologiques très diverses : maladies infectieuses, intoxications, épuisement, marasme engendré par la tuberculose, la carcinose; marasme senile avec artério-sclérose. D'après les observations de M. Oppenheim, les formes les plus accentuées de cette névrite se rencontrent, en dehors des cas de tabes, seulement à l'autopsie de sujets qui, de leur vivant, avaient présenté les signes d'une névrite multiple; ainsi, l'auteur en a observé deux exemples, dans un cas de tuberculose et dans un cas d'alcoolisme grave.

Au contraire, M. Oppenheim a constaté « dans la plupart des cas de tabes dorsalis, des altérations des ramifications terminales des nerfs cutanés à un degré qu'on ne trouve réalisé, à part celà, que dans les cas qui se présentent avec les caractères cliniques de la névrite ». C'est au point que sur la conpe transversale d'un ramnscule nerveux dégénéré, on ne découvre souvent qne quelques fibres avec gaine de myéline, disséminées. Dane sept cas de tabes, cette dégénérescence nerveuse a été constatée sur les nerfs suivants: ramifications dn saphène externe, du péronier et du cubital (aux doigts dee pieds et dee mains); nerf vague et récurrent chez denx sujets qui avaient eu des crises laryngées et gastriquee. Dans les groe troncs nerveux mixtes, cette même forme de dégénérescence a été rencontrée également, mais avec une bien moindre intensité que dans les nerfs cutanés.

Dans un nombre assez considérable de cas de tabes, M. Oppenheim a découvert dans les nerfs périphériques une autre forme de névrite, dont voici les caractères : « Périnèvre fortement épaissi, avec noyaux en nombre démesuré; entre le périnèvre et la fibre nerveuse qu'il engaîne, zone de tissu vasculaire plus ou moine large. Des vaiseeaux de cette zone, pas un n'est intact; la plupart sont oblitérés, avec parois fortement épaissies, sclérosées; souvent leur nombre est si considérable que la substance nerveuse propre est comme encadrée par une couronne de vaisseaux. Les fibres nerveuses avoisinantes sont atrophiées, tandis que sur le reste de la coupe les altérations sont beaucoup moins prononcées. Parfois de larges travées de tissu fibrillaire, contenant des vaisseaux, partent dn périnèvre pour traverser la substance nerveuse. Habituellement, en pareils cas, l'épinèvre est aussi le siège d'nne vascularieation anormale ». Bref, il s'agit dane ces cas d'une névrite interstitielle ou périnévrite, dans le sens vrai du mot. Cette forme de névrite a été rencontrée non seulement dans des cas de tabes, mais encore à l'autopsie de tuberculeux.

Les recherches de M. Oppenheim démontrent en somme, que la dégénérescence des nerfs périphériques fait partie des lésions habituelles du tabes, mais qu'elle n'est pas constante (elle manquait dans un cas où les altérations spinalee étaient très avancées); qu'elle est, d'autre part, indépendante des lésions spinales, et qu'il y a lieu de lui rapporter certains troubles de sensibilité, communs dans le tabes.

Incidemment, M. Oppenheim a fait savoir qu'il avait, à plusieurs reprises, constaté une atrophie des fibriles nerveusee dans l'épaisseur des colonnes de Clarke (signalée récemment par Lissauer comme une lésion constante dans les cas de tabes dorsalis) (1).

IV. Le complexus symptomatique décrit par Westphal comme une nouveauté, a été observé chez un homme de 47 ans, indemne de syphilis et d'alcoolisme, et dont la maladie avait présenté lee particularités suivantes : au début, parésie du muscle droit interne de l'œil gauche; plus tard, ptosis. Faiblesse des membres inférieurs, qui se transforma peu à pen en paralysie complète. Parésie légère des membres supérieurs. Par moments, rigidité musculaire dans certains muscles des membres inférieurs. Plus tard encore, contraction paradoxale, se manifestant à l'occasion des mouvements passifs imprimés au pied, à la jambe, à la cuisse; la même succession de phénomènes, paralysie motrice, rigidité musculaire, contraction paradoxale a été constatée ensuite aux membres supérieurs, puis aux muscles de la mâchoire. Conservation des reflexes tendinenx. Une anesthésie très prononcée a envahi peu à peu toute la surface du corps, y compris la zone innervée par le trijumeau. Pas d'autres symptômes cérébraux que du vertige, de l'angoisse, de l'insomnie, et, à la fin, un peu d'obtusion

(1) Voir Compte-Rendu général des Académies 1884, no 13, p. 128.

intellectuelle. Le malade, tuberculeux, fut emporté par une pneumonie.

L'examen des centres nerveux mit en évidence une sclérose des cordons postérieurs, dont la distribution est décrite en grands détails. Dans un grand nombre de nerfs périphériques, atrophie partielle des fibres nerveuses. La zone radiculaire des cordons postérieurs (dont il a été question plus haut) était respectée par la lésion dans le segment lombaire et la partie inférieure du segment dorsal, ce qui explique, selon Westphal, la conservation des reflexes tendineux.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

OBSERVATION D'UNE PRÉTENDUE GROSSESSE D'HOMME (INCLUSION SCROTALE), par M. DE SAINT-DONAT. — Rapport de M. DODART; remarques par M. le docteur L.-H. PETIT, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine. — Paris, 1885, A. Delahaye, éditeur.

Le docteur L.-H. Petit, après avoir rétabli l'histoire de l'observation de Saint-Donat, chirurgien à Sisteron en 1696, rapporte le fait qui parut si extraordinaire et donna lieu aux commentaires les plus absurdes.

Il s'agit d'un jeune homme que de Saint-Donat opéra pour une tumeur du testicule qui avait atteint la grosseur de la tête d'un enfant de six mois.

La tumeur extirpée ayant été ouverte, on trouva que l'extérieur était comme une espèce d'*arrière-faix*, fort épais et charnu, qui contenait plus d'une écuelle d'eau et au milieu de cette eau une masse de chair blanche, solide, présentant quelques porosités, et dans son intérieur un globe osseux d'où partaient divers rayons osseux; le globe osseux rappelait la figure d'un crâne.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES INDICATIONS ET DES DIFFICULTÉS DE LA VERSION CÉPHALIQUE PAR MANŒUVRES EXTERNES, par P. LAUCHAMP. — Paris, 1885.

Ce travail comprend trois parties:

Dans la première partie, l'auteur étudie les indications de la version par manœuvres externes: présentation du tronc, présentation du siége, insertion vicieuse du placenta, rétrécissement du bassin;

La deuxième partie est consacrée à l'examen des difficultés qui peuvent se rencontrer: grossesse gémellaire, engagement du siége, rétrécissement du bassin, présentation de l'épaule avec malformation utérine, etc.;

Enfin, dans la troisième, des observations fort bien choisies viennent appuyer les conclusions formulées par l'auteur.

Thèse intéressante pour le praticien.

L'AVORTEMENT DANS SES RAPPORTS AVEC LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE, par le docteur J. WŒHLING. — Paris, 1885.

Thèse où les documents abondent.

Parmi les causes de la dépopulation, les deux qui prédominent sont: l'émigration des campagnes vers les grandes villes et la diminution de la natalité.

La mortalité des enfants légitimes est de 10 à 20 %; celle des enfants illégitimes atteint parfois la proportion effrayante de 75 %.

Les familles limitent volontairement le nombre des enfants; tous les moyens sont bons pour ce résultat. L'avortement est de toutes les classes, et trop souvent ce n'est pas spontanément qu'il survient. Sans doute la mauvaise hygiène, les privations, certaines professions, doivent apporter leur contingent, mais des manœuvres illicites sont pratiquées dans un grand nombre de cas.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INFLUENCE RÉCIPROQUE DE LA GROSSESSE ET DES MALADIES DU CŒUR, par P. BOUQUET-LABRAUGE. — Paris, 1885.

Les conclusions de l'auteur sont qu'une femme qui présente une lésion du cœur ne doit pas se marier, car la grossesse l'expose à des accidents graves; la vie même peut être compromise. Des observations, dont un grand nombre ont été recueillies dans le service du docteur Porak à l'hôpital Saint-Louis, sont insérées dans cette thèse et la rendent instructive.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE, par le docteur RODRIGUES DOS SANTOS, précédée d'une préface par le docteur A. PINARD. — Paris, 1886, tome Ier, avec 57 figures. Oct. Doin, éditeur.

Dans ce premier volume, l'auteur, après avoir donné quelques notions de physiologie sur la menstruation, la conception, etc., étudie la grossesse et l'accouchement dans ses phénomènes de début.

Les travaux les plus récents ont été consultés par l'auteur et sont présentés avec une grande précision de style. Plus spécialement destiné au Brésil, quoique écrit en français, cet ouvrage, outre sa valeur intrinsèque, aura encore le mérite de faire connaître les progrès accomplis dans la science obstétricale depuis ces dernières années et la clinique française. Aux félicitations que mérite toute œuvre véritablement scientifique comme celle devant les difficultés de laquelle n'a pas reculé le docteur Rodrigues dos Santos, nous ajouterons nos remerciements, et nous sommes heureux de recommander aux élèves et aux praticiens un livre qui pourra leur être d'une grande utilité.

LA PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS CHEZ LES PEUPLES PRIMITIFS, par le docteur GEORGES J. ENGELMANN, édition française remaniée et augmentée par le docteur PAUL RODET, 83 figures. — Paris, 1886, J.-B. Baillière et fils.

Cet ouvrage renferme une série de détails curieux et de faits intéressants sur l'acte de la parturition chez les différents peuples. Ce n'est pas une traduction banale, car M. Rodet a recueilli une foule de documents nouveaux qui lui ont permis de remanier complètement l'œuvre d'Engelmann et d'y imprimer un cachet d'originalité. Un index bibliographique très précis permet de recourir aux sources d'information.

Des figures nombreuses rendent le récit plus attrayant, s'il se peut, en faisant voir les manœuvres usitées chez les Indiens, les Chinois, etc.

Tous ceux qui s'occupent de science ethnographique liront avec plaisir le beau livre du docteur Rodet et lui sauront gré de ses laborieuses recherches.

MANUEL DE LA SAGE-FEMME ET DE L'ÉLÈVE SAGE-FEMME, par le docteur ERNEST GALLOIS, avec figures dans le texte. — Paris, 1886, J.-B. Baillière et fils.

Ce manuel contient les matières des cours de deux années; les leçons sont présentées dans l'ordre suivant: notions d'ana-

tomie et de physiologie; — appareil de reproduction chez la femme, anatomie et physiologie normales;— grossesse, diagnostic, hygiène; — développement de l'œuf, fœtus à terme; — acconchement, suites de conches normales; — physiologie et hygiène dn nonveau-né. C'est là le cours de première année.

Dans le corrs de la deuxième année sont compris les chapitres qui concernent: la pathologie de la grossesse; la dystocie; les accidents du travail; la pathologie des snites de couches, dn nouveau-né; les médicaments que pent employer l'accoucheur. Le dernier chapitre est consacré à la législation.

Le mécanisme de l'acconchement a été étudié et exposé avec détail; l'auteur insiste avec raison sur la présentation du siège et indique la conduite à tenir.

Les soins à donner au nouveau-né, le sevrage, les maladies les plus communes du premier âge, ont fourni à l'auteur l'occasion de donner de précieux conseils, de signaler certaines pratiques nuisibles et qui se perpétuent par la force de l'habitude ou des préjugés.

Ce manuel abonde d'indications claires et précises, et l'on ne saurait trop en recommander la lectnre attentive aux sages-femmes; elles éviteront ainsi à leurs clientes bien des dangers et à elles-mêmes bien des mécomptes.

MARIUS REY.

REVUE DES THÈSES

DILATATION DE L'ESTOMAC ET FIÈVRE TYPHOÏDE, par le docteur P. LE GENDRE. — Thèse de Paris, 1886.

Jamais peut-être meilleur avocat ne s'est fait le défenseur d'une meilleure cause, et nous serions bien étonnés si M. Le Gendre ne parvenait pas à gagner à la théorie émise par le professeur Bouchard un grand nombre d'adeptes. On a dit depuis quelques années beaucoup de choses sur la dilatation de l'estomac. Quelques esprits, prompts à généraliser, ont vu des dilatés partout; d'autres, prompts à la critique, ont déclaré que la dilatation était un rêve. En esprit critique jnste et sage, M. Le Gendre rétablit l'état normal et montre de main de maître, nous craignons de dire de main de dilaté, ce qu'on doit vraiment entendre par dilatation. Après ce préambule fort nécessaire, il signale deux points intéressants à connaître et assez ignorés de la plupart des médecins, à savoir la relation qui existe entre la dilatation de l'estomac et les nodosités des doigts qu'il propose, à bon droit, d'appeler « nodosités de Bouchard », et, en second lieu, la prédisposition que crée cette même dilatation à la fièvre typhoïde.

Si le premier de ces points ne présente qu'un intérêt relatif et, en somme, d'une importance secondaire, le second, au contraire, basé d'ailleurs sur des statistiques indéniables, permet d'apporter au traitement et à la prophylaxie de cette redoutable maladie d'importantes modifications.

Il convient certaiuement de produire à l'appui des rapports qui existent entre la dilatation de l'estomac et de la fièvre typhoïde de nouvelles observations, mais on peut être dès maintenant persuadé que l'estomac est le fidèle gardien du tube digestif, que c'est lui qui arrête et probablement détruit bien des microbes pathogènes, que toute altération de cet organe compromet ce rôle important et rend ainsi possible l'invasion de l'intestin et l'intoxication de l'économie.

Une thèse comme celle de M. Le Gendre mérite d'être lue avec soin et ne peut être commentée qu'après observation de faits semblables à ceux qu'il signale. Ces commentaires ne ponrront, croyons-nous, qu'être la confirmation d'un travail duquel nous sommes heureux de pouvoir faire ici l'éloge.

A. FLORAND.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DU CHLORAL BROMURÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTISIE PULMONAIRE. — Le chloral bromuré ne doit pas être considéré comme l'agent spécial de la thérapeutique des affections nerveuses proprement dites. Dans la plupart des maladies aiguës et choniques on trouve souvent encore l'indication de son emploi. Entre nombre de faits semblables, voici une observation bien propre à fixer l'attention des praticiens.

Observation. — Mme M..., boulangère, 38 ans, originaire du Midi, habite les environs de Paris depuis douze ans. Vers l'année 1880 elle présenta les symptômes de la tuberculisation pulmonaire à ses débuts. Cette affection, traitée par les agents habituels, fit des progrès constants jusque vers la fin de l'année 1883, époque à laquelle il existait au sommet droit une caverne assez étendue et au sommet gauche des tubercules en voie de ramollissement, avec râles muqueux disséminés un peu partout. La dyspnée était des plus pénibles, l'appétit nul, le sommeil presque impossible, malgré l'emploi des opiacés. La malade, fatiguée de souffrir, découragée et en proie aux plus terribles pressentiments, était dans un état de surexcitation pénible à voir. Le sirop de chloral ordinaire, qui lui fut prescrit à ce moment, ne put être supporté à cause de l'état d'irritation de la gorge et des voies digestives. On lui substitua le chloral bromuré Dubois, à la dose de trois cuillerées à bouche par jour. Ce médicament fut parfaitement bien supporté et procura un calme immédiat, sans dépression; le sommeil revint, la dyspnée cessa au bout de quelques jours et l'appétit reparut. Il y a bientôt deux ans que la malade fait usage de ce médicament, qu'elle appelle son sauveur. Elle se contente actuellement d'en prendre une ou deux cuillerées à bouche le soir en se couchant; mais elle a renoncé à tout autre traitement. Depuis cette époque, son état, relativement très satisfaisant, s'est parfaitement maintenu, les lésions n'ont pas augmenté; les râles muqueux sont localisés aux sommets, le moral est excellent et la malade peut vaquer à ses occupations.

Réflexions. — Il résulte de cette observation, prise entre une foule d'autres semblables, que le chloral bromuré ne doit pas être considéré comme un agent déprimant. Il agit certainement d'une façon toute opposée, ce qui doit être attribué à ses propriétés apéritives et peut-être aussi à son action sur le sang. On sait, en effet, que le chloral a la propriété de conserver les milieux organiques et d'empêcher la production des microbes. Enfin, il est certain que, par le fait seul du soulagement durable et persistant qu'il procure, le chloral bromuré contribue puissamment à ramener les forces et à rétablir le moral. Les réflexions qui précèdent sont évidemment applicables non seulement à toutes les affections chroniques autres que la phtisie, mais encore à une foule de maladies aiguës.

Dr A...

(GAZ. HEBD. DES SCIENCES MÉD. DE BORDEAUX.)

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Romanowski, médecin de la marine, âgé de 31 ans, qui avait récemment été vice-résident d'une des provinces d'Hanoï;

De MM. les docteurs Prat (de Paris); — Lamotte (de Vitry-les-

Reims); — Sarry (de Paris); — Landier (de Paris); — Henry Cotin (de Paris).

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours d'agrégation* (anatomie, physiologie, histoire naturelle). — Les sujets de thèse ci-dessous indiqués ont été tirés au sort par les quinze candidats suivants :

Anatomie et physiologie. — M. Assaky : Origine des feuillets blastodermiques chez les vertébrés. — M. Ferré : Membranes muqueuses. — M. Gilis : Prolifération de la cellule par karyokinèse. — M. Guinard : Comparaison des organes génitaux externes dans les deux sexes. — M. Jahonlay : Relation des nerfs optiques avec les centres nerveux. — M. Nicolas : Organes érectiles. — M. Poirier : Développement des membres. — M. Princeteau : Progrès de la tératologie depuis Geoffroy Saint-Hilaire. — M. Quenu : Arcs branchiaux chez l'homme. — M. René : Propriétés physiologiques du muscle cardiaque. — M. Rodet : Actions nerveuses d'arrêt ou d'inhibition. — M. Tapie : Travail et chaleur musculaires. — M. Variot : Éléments figurés du sang.

Histoire naturelle. — M. Barrois : Rôle des insectes dans la fécondation des végétaux. — M. Nabias : Les galles et leurs habitants.

Le dépôt desdites thèses devra être fait au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, après un délai de douze jours *francs*, à partir de la clôture des épreuves qui précéderont la thèse.

—Le concours du clinicat des maladies des enfants s'est ouvert le 1er juillet 1886, pour la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. Le jury se compose de MM. Grancher, Damaschino, Hayem, Jaccoud, Péter et Potain; candidats : MM. les docteurs Deschamps, Legendre et Queyrat.

— Le concours du clinicat des maladies cutanées et syphilitiques s'est ouvert le 3 juillet 1886, pour la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. Le jury se compose de MM. Fournier, Potain, Damaschino, Hayem, Jaccond et Peter. Candidats : MM. les docteurs Feulard et Morelle.

Concours de clinicat médical. — Ont été déclarés admissibles : MM. Bourcg, Duflocq, Œttinger et Sapelier.

Concours de clinicat obstétrical. — Sont admissibles : MM. Loviot, Boissard, Bonnaire et Ollivier.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Delouey, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale de M. Denis Dumont, décédé.

M. Simon, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de elinique obstétricale, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Delouey, appelé à d'autres fonctions.

***

— La première session ordinaire du Conseil supérieur de l'instruction publique en 1886 s'ouvrira le 22 juillet. La durée de cette session sera de huit jours.

***

— La chaire de pathologie comparée du Muséum d'histoire naturelle est déclarée vacante.

***

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour les prix à décerner aux élèves internes en médecine et en chirurgie* (année 1886). — La composition écrite du concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie aura lieu le mercredi 3 novembre 1886, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria n° 3.

Les élèves seront admis à se faire inscrire an secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 19 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

—Voici le sujet des opérations données à faire aux candidats du concours pour la nomination à une place de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris pour l'épreuve de médecine opératoire :

1o Ligature de l'artère carotide primitive; — 2° Amputation de la cuisse au tiers inférieur; — 3o Ligature de l'artère cubitale au tiers supérieur de l'avant-bras; — 4o Désarticulation de Chopart.

L'épreuve orale a commencé mercredi dernier; la première question donnée a été : Des hémorrhoïdes (anatomie pathologique et traitement).

***

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins des XIIIe et XIVe arrondissements, qu'il sera procédé, dans une des salles de la mairie de chacun de ces arrondissements, à l'élection de cinq médecins, savoir :

Pour le XIIIe arrondissement (3 médecins), le vendredi 16 juillet 1886.

Pour le XIVe arrondissement (2 médecins), le jeudi 22 juillet 1886.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

***

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 21 juin 1886, M. le médecin principal de première classe Widal a été promu au grade de médecin-inspecteur du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Levie, placé dans la section de réserve, et par décret, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les docteurs en médecine Rollin, Dubromelle, Duflocq, Tostain, Gallois, Rouillon, Guilain, Gascard, Raispail et Marguery, et M. le médecin-inspecteur Widal a été nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée et de la division d'Alger, à Alger, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Paulet.

— Par décret, en date du 12 juin 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe : Bernical, Margeon, Bouret, Bardet, Artzet, Portalier, Thuriot, Auhry, Grandeur et Martinet.

***

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés, dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. le docteur Fabre, médecin en chef de la marine.

Chevaliers : MM. les docteurs Duchateau, Rebusat, Audibert, Maurin, Caradec et Boyer, médecins de la marine; Pain, médecin major de la garde civique de Cayenne; Chalamet (de Loriol).

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 27 JUIN AU SAMEDI 3 JUILLET 1886

Fièvre typhoïde 12.—Variole 4.— Rougeole 31.—Scarlatine 17. — Coqueluche 14. — Dipthérie, croup 21. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 42. —

Phthisie pulmonaire 190. — Autres tuberculoses 23. — Autres affections générales 65. — Malformation et débilité des âges extrêmes 47. — Bronchite aiguë 16 — Pneumonie 63. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 43. — au sein et mixte 22. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 88. — de l'appareil circulatoire 60. — de l'appareil respiratoire 43. — de l'appareil digestif 52. — de l'appareil génito-urinaire 29. — de la peau et du tissu lamineux 11. — des os, articulations et muscles 6 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 35. — Causes non classées 19. — Total de la semaine : 969 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Les modifications de la voix humaine, obtenues par les inhalations à l'ascenseur du larynx, par le docteur Sandras, in-4. — Prix : 80 c. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Des prolongements anormaux de la lame criblée, par le docteur J. Masselon, premier chef de clinique du professeur de Wecker. Une brochure in-8 de 16 pages avec 12 dessins photographiques. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Des tumeurs adénoïdes du pharynx, par le docteur Chatellier. — Grand in-8 de 95 pages, avec 5 photogr. et 2 planches. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie J.-Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 35, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES LARGES ABLATIONS DE CANCERS DE LA BOUCHE, DE L'ISTHME DU GOSIER ET DU PHARYNX, par le docteur POLAILLON, chirurgien de la Pitié, agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine (1).

La communication de M. Verneuil à la Société de chirurgie (séance du 16 juin) soulève deux points importants dans la technique des grandes opérations sur la bouche et l'arrière-bouche, à savoir la *trachéotomie préventive* et la *non réunion de la plaie faciale*. Notre honorable collègue n'admet pas la trachéotomie préventive comme moyen de prévenir la pneumonie septique à la suite de ces opérations ; mais, à sa place, il préconise la non réunion de la plaie faciale pour permettre les lavages, les pansements, en un mot l'asepsie facile du foyer opératoire. Qu'il me soit permis de donner mon opinion sur ces deux procédés et de faire connaître les faits qu'il m'a été donné d'observer.

(1) Communication faite à la Société de chirurgie le 7 juillet.

Depuis 1878 que je pratique à l'hôpital de la Pitié, j'ai eu à soigner 37 malades atteints de cancers étendus de la bouche. Par là je n'entends que des cancers envahissant à la fois la langue et le plancher buccal, ou des cancers se propageant aux maxillaires, ou encore des cancers de l'amygdale s'étendant au voile du palais et au pharynx. Je néglige tous les petits cancroïdes des lèvres ou de la langue et toutes les tumeurs du pharynx et des fosses nasales qui n'ont pas nécessité une opération grave.

Sur ces 37 malades, 18 ont été jugés inopérables ou ont refusé l'opération, et sont sortis de l'hôpital après un séjour plus ou moins prolongé. Je n'en ai suivi que quatre : un est mort brusquement, un autre a succombé à des hémorrhagies buccales, deux autres sont morts de cachexie, *sans l'intervention d'une pneumonie ultime.*

Aux 19 malades qui ont subi une opération, j'ajoute 1 opéré de résection du maxillaire inférieur pour une constriction des mâchoires et pour une restauration de la joue tombée en gangrène à la suite d'une fièvre typhoïde. Ces 20 opérés ont donné les résultats suivants :

12 guérisons ou succès opératoires incontestables, car la récidive plus ou moins précoce est malheureusement la règle dans les cancers étendus de la bouche (obs. I, II, IV, VII, XI, XII, XIV, XV, XVII, XVIII, XIX et XX).

8 décès, dont les causes sont :

1 décès par syncope à la fin de l'opération (obs. III).
1 — par hémorrhagie foudroyante précoce (obs. VIII).
2 — par hémorrhagie secondaire (obs. V, VI)

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite. — Voir le numéro du 27 juin.

V. — Rapprochons-nous de la France ! M. le docteur E. Fredet se contente de nous conduire en Ecosse, où il est allé assister au trois centième anniversaire de la fondation de l'Université d'Edimbourg en qualité de délégué de l'Académie de Clermont-Ferrand. M. Fredet a eu l'heureuse idée de communiquer au public, sous forme de conférence faite au Palais de l'Académie auvergnate, les détails de ce qu'il appelle son Odyssée (1). Et en effet l'auteur ne se jette pas en plein dans son sujet ; s'il nous conduit à Edimbourg, il a soin de nous signaler les principales stations de son itinéraire. Ce n'est point à Douvres qu'il a débarqué, c'est à Folkestone. Arrivé à Londres, il s'y trouve un dimanche et nous décrit l'aspect et les ennuis de la ville en ce jour de repos plus que légal, obligatoire pour les Anglais. Le repos dominical n'empêche pas d'ailleurs l'armée du Salut de vaquer à sa bruyante besogne. Car c'est avec accompagnement de cuivres que cette Société armée va au combat pour arracher les âmes à la perdition éternelle. Miss Booth n'a donc pu parvenir à séduire notre voyageur. Il arrive à Edimbourg, où il reçoit une hospitalité naturellement écossaise : réceptions, soirées, banquets, toasts, nous savons par notre fidèle délégué tout ce qui s'est passé durant la période de séjour des invités au *Tercentenaire*.

(1) Brochure in-8°, A. Delahaye et E. Lecrosnier. Paris, 1885.

L'accueil a dû être on ne peut plus cordial; car M. Fredet termine en nous assurant qu'il a emporté de l'hospitalité écossaise et des magnificences jubilaires un souvenir *impérissable et éternel;* non pas seulement impérissable, entendez-vous, mais bien encore éternel. Oh ! M. Fredet, quelle réception on a dû vous faire. Evidemment, vous ne nous en avez pas révélé tous les détails.

VI et VII. — Si de ceux qui nous font le récit de leurs pérégrinations, nous passons à la biographie des explorateurs de profession, la transition paraîtra toute naturelle. Or, voici que M. Emile Ri-

2 décès par septicémie buccale et infection purulente (observations X et XVI).
2 — par *pneumonie* (obs. IX et XIII).

I. Il est évident que la pneumonie, qui a causé le quart des décès dans ma statistique, est un accident qu'il faut prendre en sérieuse considération, afin de chercher à l'éviter. Mais la trachéotomie préventive permet-elle d'atteindre ce but? L'examen de mes observations me porte à en douter.

Le nommé B... Alfred (obs. XIII), qui avait subi une résection de la portion médiane du maxillaire inférieur et une ablation des trois quarts antérieurs de la langue et du plancher de la bouche, était nourri par une sonde introduite dans le nez. Malgré les gargarismes, les irrigations intra-buccales et les pulvérisations antiseptiques très fréquentes, je ne parvins pas à combattre complètement la fétidité extrême de sa plaie (à cette époque je n'employais pas encore les tampons de gaze iodoformée). Le cinquième jour, le patient se plaint d'un peu d'oppression. On entend des ronchus dans la poitrine. Pas de frisson. Les jours suivants, la plaie prend un meilleur aspect après l'élimination d'un lambeau de tissu cellulaire sphacélé. Mais la température s'élève. Il se forme un empâtement phlegmoneux au cou. Souffles et râles crépitants dans le poumon droit. A l'autopsie, on trouve une pneumonie suppurée à droite et une congestion pulmonaire à gauche. Dans les bronches, aucune parcelle alimentaire. Je rappelle que l'opéré avait été nourri par une sonde. La septicémie buccale et la fétidité de l'haleine ont probablement été la cause de la pneumonie, parce que mon antisepsie a été insuffisante. Mais je me demande si l'air inspiré par une canule trachéale, placée au voisinage de la plaie sus-hyoïdienne, aurait été assez pur pour éviter la pneumonie septique. (Voy. fig. 4 le tracé de la température et du pouls dans le cours de cette pneumonie septique).

Tout dépend, à mon avis, de l'asepsie de la plaie buccale. Si celle-ci est sensiblement aseptique, la trachéotomie préventive est inutile. Si on ne parvient pas à la rendre aseptique, si un phlegmon septicémique se propage aux organes du cou, la trachéotomie ne donne qu'une sécurité illusoire contre le développement d'une pneumonie. Et j'ajoute qu'elle apporte un danger de plus à celui de l'opération.

Dans mon second cas de mort par pneumonie (obs. IX), l'amygdale droite, la moitié correspondante du voile du palais, une partie du pharynx et de la base de la langue avaient été enlevées. Le maxillaire inférieur avait été sectionné pour faciliter l'opération. Comme l'opéré n'avait pas été alimenté avec une sonde, nous avons cherché avec soin s'il n'y avait pas des parcelles alimentaires ou d'autres corps étrangers dans les bronches; nous n'en avons pas trouvé. Cet homme, qui était fort âgé et emphysémateux, et qui avait l'habitude de porter des vêtements de laine fort épais, a eu la poitrine découverte pendant l'opération. Il a subi un refroidissement et a contracté, ce qui n'étonnera personne, une broncho-pneumonie. Celle-ci s'est manifestée dès le lendemain. Je ne crois pas que je l'eusse évitée en pratiquant la trachéotomie préventive. Au contraire, je l'aurais provoquée peut-être plus sûrement.

Enfin, il ne faut pas compter comme des pneumonies post-opératoires les cas dans lesquels les malades meurent d'infection purulente avec des abcès métastatiques dans les poumons. L'un des deux malades (obs. X) qui succombèrent à l'infection purulente, présentait, dans les deux poumons, plusieurs abcès métastatiques, qui n'existaient dans aucun autre organe. Dira-t-on que cet opéré n'aurait pas eu d'abcès métastatiques, si je l'avais fait respirer par une canule trachéale?

L'utilité de la trachéotomie préventive, en tant que moyen d'empêcher le développement d'une pneumonie septique après les grandes opérations sur la bouche et le pharynx, ne me paraît donc pas démontrée. Je suis tout à fait d'accord sur ce point avec le professeur Verneuil.

II. Mais je me sépare de notre éminent collègue, lorsqu'il conseille de ne pas réunir les lambeaux pour mieux assurer l'antisepsie buccale.

Sauf des cas exceptionnels, où il est indiqué de faire plusieurs ablations successives soit pour ménager les forces du malade, soit pour parachever la destruction d'une production morbide, il y a tout avantage à débarrasser le patient d'un seul coup et à rétablir par la suture de la joue et des lèvres la symétrie de son visage. Qui n'a pas observé, comme moi, qu'après les grands délabrements de la face le premier souci de l'opéré est de regarder dans un miroir s'il n'est pas trop défiguré. Une restauration complète

---

vière nous a adressé une notice (1) sur le regretté Crevaux.

Jules Crevaux, originaire de cette partie de la Lorraine, si douloureusement détachée de la France depuis la guerre maudite de 1870, était né à Lorquin (Meurthe), le 1er avril 1847. Reçu aide-médecin de la marine, le 23 octobre 1868, après avoir fait ses études à l'École de médecine navale de Brest, il commençait sa carrière par deux traversées successives à la Guyane, en 1869 et en 1870. Rentré en France le jour de la déclaration de guerre, il se distinguait dès les premiers moments comme éclaireur; puis, fait prisonnier au combat de Fréteval, près de Vendôme, il s'échappait bientôt, franchissait les lignes prussiennes et, rejoignant plus tard l'armée de l'Est, recevait une blessure à Chaffois, le 24 janvier 1871. Ce fut au retour de cette campagne, à tout jamais néfaste, où, d'après M. Rivière, s'étaient révélés plus d'une fois ses instincts aventureux, ceci soit dit en bonne part, qu'il passait ses examens de doctorat et s'embarquait bientôt après pour les côtes

(1) Brochure in-8°. Paris, typographie Georges Chamerot. — Cette notice devait être lue par l'auteur à l'inauguration du monument de Crevaux, si des circonstances particulières ne l'avaient, au dernier moment, empêché de se rendre à Nancy.

de l'Amérique du Sud, où il devait séjourner pendant trois années consécutives.

Nommé le 7 novembre 1876 médecin de première classe, Jules Crevaux partait de nouveau le mois suivant, chargé pour la première fois par le ministère de l'Instruction publique d'une mission ayant pour but l'exploration de l'intérieur de la Guyane française, de Cayenne à l'Amazone, en suivant les fleuves Maroni et Yari, et explorant aussi la chaîne des Tumuc-Humac. Son voyage réussit si bien, au-delà même de ses espérances, qu'il lui permit, ajoute M. Rivière, d'étudier une étendue de terrain double de celle que comportait, au départ, son programme.

Puis son biographe, qui est en même temps son admirateur, après avoir été son collaborateur dans l'organisation du Muséum ethnographique des Missions scientifiques, nous fait suivre Crevaux dans son second voyage (1878-1879), qui fut d'un parcours trois fois plus considérable que le précédent. En 1880, nous retrouvons Crevaux à Paris, d'où il va s'embarquer le 6 août à Saint-Nazaire pour la Colombie, chargé par le gouvernement français d'aller explorer le cours de l'Orénoque. Il en revint rapportant du vrai curare; et c'est à la tête d'une quatrième mission, et la plus importante,

lui donne confiance dans une guérison prochaine. Mais s'il voit, ou s'il sent, que sa bouche est largement fendue, l'effet moral est déplorable. Il ne comprend pas une si grande plaie pour un mal caché dans les profondeurs de la bouche. Il s'inquiète, perd son entrain et son appétit, et quelquefois refuse de se laisser alimenter par la sonde, tout cela au grand détriment d'une bonne et rapide cicatrisation.

Il faut aussi considérer que les lambeaux non réunis suppurent plus ou moins longtemps et exposent, par conséquent, aux accidents des plaies qui suppurent. Puis, quand ils se réunissent par l'adhésion des bourgeons charnus, la cicatrice n'est jamais aussi régulière que si la réunion avait eu lieu par première intention, résultat qui n'est pas à dédaigner quand il s'agit de la face.

Cependant les défectuosités de la restauration, la longueur de la guérison, le trouble moral qui résulte pour le malade de la vue de sa plaie béante, seraient des considérations d'importance secondaire si l'antisepsie buccale exigeait la non réunion des lambeaux. Ai-je besoin de rappeler que nombre de plaies buccales et pharyngiennes se cicatrisent avec une rapidité toute particulière sans antisepsie? Si, dans des cas plus graves, l'haleine prend une mauvaise odeur, quelques gargarismes alcoolisés en viennent à bout. Si la fétidité persiste, on ajoute aux gargarismes souvent renouvelés des pulvérisations et des irrigations avec une solution phéniquée ou avec une solution d'hydrate de chloral. Si la plaie est anfractueuse, on la tamponne avec des bourdonnets de gaze iodoformée, qui est, dans ce cas, un admirable antiseptique. Enfin, si le patient ne peut s'alimenter par les voies naturelles, et si les aliments s'accumulent et se corrompent dans quelque arrière-cavité, on le nourrit avec le tube de Fauché ou avec la sonde œsophagienne passée par le nez. L'écartement naturel des mâchoires et des lèvres suffit pour l'application de ces moyens antiseptiques, que je complète quelquefois par un drainage dans la région sus-hyoïdienne ou dans le voisinage de l'angle de la mâchoire inférieure.

La non réunion des lambeaux, qui me paraît inutile dans le seul but d'obtenir l'antisepsie buccale, est pourtant un procédé qui mérite d'être conservé. Comme la résection temporaire du maxillaire supérieur ou des os propres du nez, il permettra de compléter en plusieurs séances une opération qu'il aurait été trop difficile ou trop dangereux d'exécuter en une seule fois.

Si j'avais connu le procédé de M. Verneuil, un échec récent m'aurait été épargné. Il s'agit d'un jeune garçon, que j'ai perdu, au moment où je terminais l'ablation d'une énorme tumeur naso-pharyngienne ramifiée dans les fosses nasales, le sinus maxillaire, la bouche et la fosse ptérygo-maxillaire (obs. III). Cet échec, dont on trouve plusieurs exemples dans le cours d'opérations semblables, doit être attribué à des causes multiples, telles que la chloroformisation prolongée, l'asphyxie partielle par l'inspiration d'une certaine quantité de sang, surtout l'hémorrhagie opératoire, hémorrhagie d'autant plus grave que le sujet était très affaibli par des épistaxis antérieures. Bref, ces causes multiples ont amené une syncope mortelle, que j'aurais sans doute évitée en ne faisant qu'une ablation partielle et en ne réunissant pas l'incision de la joue, afin de compléter l'ablation dans des séances ultérieures. La non réunion, dans ces cas, est un procédé qui peut donner d'excellents résultats.

III. Dans les opérations sur l'arrière-bouche, je pratique les incisions d'une manière un peu différente de celle que M. Verneuil a adoptée. J'ai publié ce procédé en 1883 (Gazette des hôpitaux, n° 34, p. 266). Voici sa description succincte : une incision est faite le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien depuis le lobule de l'oreille jusqu'au niveau du cartilage thyroïde. Cette première incision permet de dégager l'angle de la mâchoire, d'extraire les ganglions dégénérés et au besoin de lier la carotide externe. Une seconde incision, qui comprend toute l'épaisseur de la joue, part de la commissure labiale et vient rejoindre l'extrémité supérieure de la première (fig. 1). Le lambeau triangulaire, qui en résulte, est rapidement détaché du maxillaire inférieur et rabattu sur le cou. Si cela est nécessaire, on sectionne ou on résèque une portion du maxillaire inférieur. On obtient ainsi un espace et un jour considérables pour enlever une portion du pharynx et de l'isthme du gosier.

L'ablation étant terminée, je rétablis immédiatement la commissure labiale en suturant la joue avec grand soin. Je place dans la bouche, au niveau de l'angle de la mâchoire, une éponge, ou plutôt un gros tampon de gaze iodoformée attaché à un double fil, qui sort par l'incision sterno-mastoï-

---

qu'il repartit pour l'Amérique du Sud, où il devait cette fois laisser sa vie.

M. Rivière nous expose ensuite les recherches de M. A. Thouar qui, en suivant obstinément et minutieusement les traces de Crevaux et de ses compagnons, a fini par reconstituer le drame du massacre dans ses moindres détails.

Nous devons remercier M. Rivière d'avoir, par sa courte notice remplie d'une émotion si communicative, rappelé aux Français la vie d'un de leurs plus généreux concitoyens, d'un martyr de la science.

Le même M. Rivière sait être autre chose que le biographe chaleureux d'un voyageur regretté, il sait se montrer aussi naturaliste compétent dans une autre brochure que nous venons de recevoir. (In 12 de 32 pages avec cartes. — Extrait de la Revue scientifique.).

C'est une notice des plus intéressantes sur les collections exposées en ce moment même au Muséum de Paris par M. Savorgnan de Brazza. Ces collections représentent le butin scientifique recueilli dans l'Ouest africain, dans le Congo, par M. Jacques-J. de Brazza, frère du célèbre explorateur, et par la mission dont il faisait partie. Après un court historique sur les premiers explorateurs de l'Afrique australe, M. Rivière aborde l'examen des collections exposées. et qui sont du plus haut intérêt tant au point de vue de la zoologie et de la botanique qu'au point de vue de l'ethnographie et de l'anthropologie. — Mais ceci n'est plus de mon ressort..

VIII. — Voici et pour de bon, comme disent les enfants, de la science vulgarisée. A-t-on assez, depuis un quart de siècle, abusé de ces mots : vulgarisation de la science. On les a employés à tort et à travers, confondant tout, mêlant tout, et oubliant que la vraie vulgarisation consiste non à effleurer un sujet, à passer à côté en décrivant son aspect extérieur, mais plutôt à y plonger complètement, *in medias res*, à en recueillir le butin qui peut porter profit à ceux qui vous entourent et à le leur distribuer d'une manière intelligente en pâture. C'est ainsi que nous comprenons les mots : vulgariser la science.

On vient de l'essayer une fois de plus dans un livre coquet (1)

(1) *Excursions du Petit-Poucet dans le corps humain*, par Augustin Galopin, 1 vol. in-12, 408 p. Paris, E. Dentu, 1886.

dienne. Cette incision est suturée à son tour et drainée. Le tampon intra-buccal est attaché à un autre tampon extra-buccal, qui a pour usage de maintenir le premier et de comprimer légèrement la suture. Un pausement de Lister est appliqué et maintenu par une couche de ouate et une bande de tarlatane mouillée. Le malade est nourri avec une sonde œsophagienne, si la déglutition est impossible ou difficile.

Dès le quatrième on le cinquième jour après l'opération, la réunion de la joue est complète. L'incision cervicale est aussi presque réunie. Sa partie moyenne, qui donnait passage à un drain et au fil du tampon intra-buccal, communique encore avec la cavité de la bouche et suppure. On n'a plus qu'à prévenir, par des pansements, par des gargarismes, par des pul-

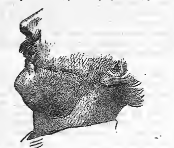


Fig. 1.
Montrant la trace des incisions pour l'ablation d'un cancer de l'amygdale, de la base de la langue et du plancher buccal, avec résection de la portion horizontale du maxillaire inférieur et ligature de la carotide externe. Résultat après la cicatrisation (obs. VII). — Dessin par M. Glover, élève du service.

vérisations et par des irrigations fréquentes, l'altération septique de la suppuration et des sécrétions buccales. Sur mes six opérés de cancer de l'amygdale et du pharynx, d'après ce procédé, aucun n'a succombé à une affection septique. Après la cicatrisation la déformation est vraiment très légère, comme on peut en juger par la figure ci-jointe (fig. 1).

IV. Dans les ablations du pharynx, il faut non seulement se créer un large accès jusqu'à l'organe malade, mais encore se mettre à l'abri de la perte excessive de sang. Quand on n'a affaire qu'à la faciale et à la lingnale, il est facile d'en pratiquer la ligature dans la plaie; mais, quand on a affaire en même temps aux nombreuses branches de la maxillaire interne, qui inondent de sang le champ opératoire, on est aux prises avec de sérieuses difficultés pour modérer cette hémorrhagie, pour empêcher la suffocation du patient, pour bien voir toutes les parties à enlever, en un mot, pour terminer l'opération d'une manière complète. On peut, par l'exérèse avec le thermo-cautère et l'anse galvanique, combattre, dans une certaine mesure, la déperdition sanguine. On peut prévenir la suffocation du malade, par la trachéotomie préventive, qui est tout-à-fait indiquée dans ces cas. Mais n'arriverait-on pas plus sûrement au but en supprimant la source même de l'hémorrhagie ?

Comme la plupart des branches de la carotide externe sont intéressées dans les opérations qui portent à la fois sur le pharynx, l'isthme du gosier et la base de la langue, j'ai eu l'idée de lier, au préalable, le tronc de cette artère. Au lieu de pratiquer la trachéotomie préventive, j'ai fait la ligature préventive de la carotide externe.

Cette manière de procéder est excellente pour l'exécution de l'opération. N'étant plus gêné par le sang, on voit nettement tout ce qui est malade et on l'enlève largement. Mais le résultat consécutif n'est pas encourageant, puisque sur six ablations du pharynx, cinq fois avec ligature préventive de la carotide externe, et une fois avec ligature préventive de la carotide primitive, trois opérés ont succombé à des hémorrhagies secondaires, foudroyantes ou tres graves, venant de la carotide.

Dans tous ces cas, j'avais fait la ligature de la carotide externe, dans un point aussi éloigné que possible de son origine et sans couper le tronc artériel au delà de la ligature. Je m'étais servi d'un fil de catgut, que j'avais coupé près du nœud, puis j'avais suturé les tissus par-dessus l'artère liée.

Or, dans ma courte expérience sur ce point, j'ai constaté que, si l'incision de la ligature se met à suppurer, l'inflammation suppurative gagne la tunique externe de l'artère, qui s'ulcère et se rompt au niveau du point où le fil à sectionné les tuniques internes (fig. 2., obs. VI). Comme il n'y a généralement point de caillot obturateur, il en résulte une hémorrhagie foudroyante. Chez les deux malades qui ont guéri,

---

adressé non pas, tant s'en faut, aux médecins, mais bien aux ignorants, et en particulier aux enfants. Ce livre, intitulé *Excursions du Petit-Poucet dans le corps humain*, est dû à la plume familière et humouristique de M. A. Galopin. Il a pris pour but d'initier l'enfance à la Physiologie, de lui en montrer l'intérêt et surtout l'importance. Ce livre n'est donc pas destiné à nous médecins qui sommes depuis longtemps des convertis.

Force nous est de juger l'ouvrage au point de vue des services qu'il peut rendre à la jeunesse.

Eh bien ! M. Galopin a fait là mieux qu'un livre amusant, il a fait une œuvre utile. Mais pourquoi s'est-il permis de créer des néologismes de ce genre : *gencivite* au lieu de gingivite, qui est un terme compris même des plus profanes ? Au point de vue de la stricte logique, *gencivite* vaudrait mieux, je n'hésite pas à en convenir. Mais l'usage est si puissant ! Pourquoi vouloir imiter le serpent de la fable de La Fontaine, pourquoi dépenser ses forces et casser ses dents contre cette lime si solide qu'on appelle l'usage, et cela à propos d'une chose aussi peu importante que la constition d'un mot ?

J'aurais peut-être encore à faire quelques autres reproches à ce livre, comme par exemple de contenir quelques formules de gargarismes ou de dentifrices, etc., qui me semblent ne pas être à leur place. Dirai-je aussi que l'antipathie du docteur Galopin pour le tabac me semble lui en faire par trop exagérer les méfaits? Mais à quoi bon appesantir notre critique sur un livre qui ne saurait avoir de prétentious dogmatiques, sur un livre de fantaisie amusante plutôt que de science même familière.

IX. — N'est-ce pas aussi de la vulgarisation scientifique que le docteur Constantin James, *ancien collaborateur de Magendie* (c'est sous ce qualificatif qu'il se présente), a voulu faire dans une brochure consacrée à la Rage (1). Ornée de gracieuses figures sur bois à l'appui, l'auteur nous signale les avantages du traitement par la méthode de M. Pasteur, mais il insiste sur l'utilité, sur la nécessité de cautérisations préalables par le fer rouge de préférence à tous les autres caustiques.

Dr ALBERTUS.

(1) In-8 de 124 pages Paris, Lahure, 1886.

la réunion immédiate s'était opérée au niveau de la ligature.

De sorte que, si l'on conserve la ligature préventive de la carotide externe pour exécuter plus sûrement et plus facilement les ablations du pharynx, il faudra, à l'avenir, faire en sorte que l'incision de la ligature soit séparée du reste de la plaie maxillaire et pharyngienne, qui suppure fatalement, afin que l'inflammation suppurative de celle-ci ne se propage pas jusqu'à l'artère liée.

En outre, comme j'ai constaté à l'autopsie qu'il ne se forme pas toujours un caillot obturateur dans le bout central de l'artère carotide externe liée, il faut faire porter la ligature sur les branches plutôt que sur le tronc de cette artère.

Enfin, pour se mettre à l'abri d'un retour possible de la perméabilité de l'artère après la résorption du fil de catgut, il faut faire une double ligature et couper le tronc artériel entre les deux fils.

Les faits cliniques, que je publie à la suite de ce travail, m'amènent aux *conclusions* suivantes :

1° La pneumonie est un danger très réel après les grandes opérations sur la bouche et sur le pharynx.

2° Mais le principal danger des opérations, qui intéressent spécialement l'isthme du gosier et le pharynx, est l'hémorrhagie.

3° L'antiseptie de la plaie buccale est le meilleur moyen de mettre l'opéré à l'abri de la pneumonie.

4° La trachéotomie préventive est indispensable lorsqu'on redoute une suffocation pendant l'acte opératoire. Elle me paraît peu utile contre la pneumonie consécutive.

5° La ligature préventive de la carotide externe contre les hémorrhagies, pendant et après les grandes opérations sur le pharynx ne doit être conservée qu'à la condition d'être antiseptique, de porter sur ses branches plutôt que sur son tronc, d'être double avec section intermédiaire des artères liées.

FAITS CLINIQUES.

A. *Opérations de résection du maxillaire supérieur pour de tumeurs.*

3 opérés : 2 guéris, 1 mort.

OBSERVATION I. — Le nommé Berger (Jean), journalier, âgé de 43 ans, entre, le 13 décembre 1878, à l'hôpital de la Pitié pour un sarcôme du maxillaire supérieur droit.

Le 3 janvier 1880, chloroformisation. Incision unique, courbe, partant de la commissure labiale droite et remontant jusque sur la face externe de l'os malaire. Résection totale du maxillaire supérieur. Suture de l'incision de la joue. Réunion immédiate. Guérison sans accidents. Appareil dentaire prothétique. Sortie de l'hôpital au bout de trois mois.

Le 21 novembre 1882, il rentre à la Pitié pour une récidive dans l'orbite et les fosses nasales, qu'il n'est pas opportun d'opérer. Succès opératoire.

OBS. II. — Dépalle (Claude), sabotier, âgé de 40 ans, porte depuis quatre ans un carcinôme ulcéré de la joue droite, ayant envahi le maxillaire supérieur. Dégénérescence d'un ganglion sous-maxillaire. Il entre à la Pitié le 29 novembre 1880.

Le 8 décembre, chloroformisation. Ablation du ganglion sous-maxillaire avec une portion de la glande sous-maxillaire qui lui adhère. Incisions à la joue, circonscrivant la tumeur ulcérée; résection du maxillaire supérieur, en enlevant le plancher de l'orbite et en conservant les incisives. Autoplastie de la joue. Suture métallique des incisions. Pansement de Lister. Réunion immédiate. Guérison très rapide.

Le 18 mai 1885, il rentre à la Pitié pour une récidive. Le carcinôme a envahi l'orbite et produit de l'exophthalmie. Dégénérescence des ganglions carotidiens. Jugé inopérable à nouveau, il quitte l'hôpital.

OBS. III. — *Polype naso-pharyngien. — Résection du maxillaire supérieur. — Mort à la fin de l'opération* (observation par M. Dumoret, interne).

Le nommé Laconche (Michel), âgé de 18 ans, maçon, entre le 5 avril 1886, salle Broca, lit n° 28.

Aucun renseignement sur l'affection à laquelle ont succombé ses parents, morts il y a dix-sept ans.

Aucun antécédent personnel. Aucune maladie antérieure.

Il y a un an, le malade s'aperçoit d'une difficulté à respirer par la narine droite. Peu après, épistaxis nombreuses, répétées et abondantes par la *narine droite* exclusivement. Pas d'augmentation notable de la saillie du nez. Par contre, tuméfaction graduelle de la joue correspondante.

Il y a sept mois, la « grosseur » a augmenté notablement de volume, repoussant le plancher de l'orbite, déterminant une occlusion complète de l'œil droit par le refoulement de la paupière inférieure. Cet état a persisté cinq semaines, pendant lesquelles le malade ne voyait rien de l'œil droit. Au bout de ce temps, la tuméfaction se porta vers la joue, près de la commissure labiale droite. A partir de ce moment, le malade récupéra la vue de son œil droit.

A son entrée à l'hôpital, on constate les signes suivants :

La narine droite est occupée par une masse molle, d'aspect fongueux, saignant facilement.

L'examen du pharynx montre que tout ce qui est accessible à la vue, est entièrement libre.

Par le toucher, on reconnaît que le voile du palais est doublé par un plan résistant, donnant la sensation du tissu fibreux et s'arrêtant au niveau de son bord postérieur.

En même temps, à la face interne de la joue, on rencontre une masse dure, assez volumineuse, paraissant s'être frayée un passage à travers le maxillaire supérieur et se prolongeant à un travers de doigt au-dessous du rebord alvéolaire supérieur. Cette masse se dirige obliquement vers la commissure qu'elle n'atteint pas, et dont elle reste distante d'un bon travers de doigt.

L'état général est assez bon. Anémie prononcée. Le malade accuse, depuis quelques jours, une céphalalgie beaucoup plus pénible qu'auparavant. Les épistaxis se répètent et sont abondantes.

L'odorat est perdu du côté droit. Pas de surdité. Exophthalmie à droite. Acuité visuelle conservée.

Opération le 13 avril.

On a donné au patient deux cuillerées à potage de sirop de chloral un quart d'heure avant l'opération. Aussi s'endort-il après quelques inhalations de chloroforme.

M. Polaillon pratique une incision avec le bistouri depuis la commissure labiale droite jusqu'à l'os malaire, puis dissèque à l'aide du thermocautère le lambeau ainsi circonscrit. Celui-ci est relevé en haut.

Section de l'arcade dentaire et de la voûte palatine, puis de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et de l'os malaire, à l'aide d'une forte pince coupante. Extraction du maxillaire supérieur avec un grand davier à résection.

On procède ensuite à la dissection du polype. Celle-ci est très laborieuse : la masse se laisse déchirer et l'ablation ne se fait qu'en plusieurs morceaux. Enfin on arrive sur le point d'implantation, qui est l'apophyse basilaire.

Malgré la rapidité de l'opération, l'exérèse avec le thermo-cautère, le pincement et la ligature de toutes les artères coupées, le malade perd une assez grande quantité de sang. Sa face devient pâle. Ses inspirations sont lentes et irrégulières. On le fait revenir de plusieurs petites syncopes. On étanche assez difficilement le

sang, et le malade en déglutit une quantité assez notable durant le cours de l'opération.

Les parties molles sont suturées à la hâte. Tout-à-coup, la face du malade se cyanose Sa respiration devient laborieuse ; l'inspiration est profonde et rare. Bientôt on ne sent plus le pouls ; les bruits du cœur sont imperceptibles. Syncope très grave.

On met tout en œuvre pour le faire revenir : injections d'éther, flagellations de la face et du thorax, position déclive de la tête, respiration artificielle, électrisation des muscles inspirateurs et du centre phrénique. Sa cornée devient vitreuse, et tout échoue. Après plus d'une heure de soins infructueux, nous devons nous résigner à la mort de notre opéré.

Autopsie. — L'ablation de la tumeur a été complète; pas de prolongements intra-crâniens.

Dans l'estomac, environ 60 gr. de sang, qui a été dégluti.

Le cœur est absolument vide.

Le foie, les reins sont normaux.

Dans les poumons, nous trouvons quelques petites bronches injectées de sang, et les départements correspondants du parenchyme pulmonaire ecchymosés et flasques, comme dans l'atélectasie. Cet état provient d'une certaine quantité de sang qui est tombée dans les voies aériennes, et qui a été inspiré jusque dans les petites bronches.

(A suivre.)

CLINIQUE MÉDICALE

SUR UN CAS DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, AVEC ACCIDENTS LARYNGÉS GRAVES, par le Dr F. RAYMOND, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La diathèse rhumatismale peut se localiser sur tous les organes ou appareils de l'économie soit séparément sur chacun d'eux, soit, en même temps, sur plusieurs. Les manifestations de cette diathèse portent, cependant, de préférence, sur quelques-uns d'entre eux, et ceux-ci sont alors, souvent, le siège des accidents les plus intenses et les plus graves.

Il est tout à fait exceptionnel, par contre, de voir le rhumatisme produire du côté des organes, qu'il ne touche en général que légèrement, des accidents assez graves pour dominer la scène pathologique. L'observation que nous rapportons ici, et qui a été recueillie dans notre service par notre interne M. Florand est, croyons-nous, le premier cas signalé de laryngite aiguë rhumatismale, devenue assez grave pour avoir nécessité une intervention opératoire, et avoir dominé, remplacé même tous les autres accidents du rhumatisme.

La nommée P... (Anna), chiffonnière, âgée de 31 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Raymond, salle Grisolle, lit no 8, le 25 mars 1886.

ANTÉCÉDENTS. — Parents rhumatisants. Santé antérieure excellente. Jamais de douleurs. Quelques amygdalites légères sans enrouement. Elle a subi durant tout l'hiver l'action du froid humide.

Le 17 mars. — Elle ressent pour la première fois de vives douleurs dans l'épaule et le poignet droits, qui sont en même temps gonflés, très douloureux à la pression.

Le 23. — Le genou et le pied droits sont pris à leur tour.

Le 24. — Les douleurs occupent les articulations des deux côtés du corps. Il est impossible à la malade de se mouvoir.

Le 25. — Elle est amenée à l'hôpital sur un brancard.

On constate, à son entrée, que toutes les grandes articulations, ainsi que celles des doigts, sont tuméfiées et très douloureuses. Les mouvements provoqués sont excessivement douloureux. Sueurs abondantes. Langue suburrale. Soif vive.

Rien dans la gorge, pas même de rougeur ; pas d'enrouement. Température 40o.

A la base du cœur, léger frottement péricardique. Souffle au premier temps et à la pointe. Pas de douleur au niveau de la région précordiale. Pouls fréquent, sans particularité.

Urines rares, rouges, sans albumine.

TRAITEMENT. — 8 grammes de salicylate de soude ; quatre ventouses scarifiées sur la région précordiale.

Le 26. — Douleurs un peu moins vives. La température oscille entre 39o et 38o,3. Etat stationnaire du côté du cœur. Pas d'autre complication.

Les jours suivants, jusqu'au 29 mars, les douleurs persistent, mais considérablement atténuées par le salicylate. La température est à 38o,4. Le frottement péricardique a un peu diminué. Le souffle de la pointe persiste.

Le 29. — Les douleurs articulaires ont presque disparu, mais la malade accuse de la sécheresse de la gorge avec gêne et douleur de la déglutition. Le pharynx est rouge; les amygdales un peu tuméfiées. Le soir, douleur plus vive au niveau de la gorge Léger enrouement, sans gêne respiratoire.

30 mars. — Depuis trois heures du matin, la malade souffre d'une gêne respiratoire qui s'est établie et a augmenté progressivement. Au moment de la visite, la dyspnée est extrêmement intense. La malade reporte sa gêne respiratoire à son larynx. D'ailleurs, sa dyspnée est très nettement laryngée avec tirage sus et sous-ternal.

L'inspiration et l'expiration sont également gênées. Le tirage est continu avec paroxysmes peu intenses, mais il augmente sous nos yeux pendant la visite, malgré l'application de révulsifs et l'emploi d'antispasmodiques.

A l'examen de la poitrine, rien qu'une diminution notable du murmure vésiculaire. Pas trace de lésion capable d'expliquer la dyspnée.

Les douleurs articulaires ont totalement disparu. La malade, qui la veille pouvait à peine se remuer, sort de son lit ou s'arcboute après les barreaux.

A la fin de la visite, la dyspnée est tellement intense et l'asphyxie si imminente, que M. Florand, interne du service, est forcé de pratiquer la trachéotomie d'urgence sur le lit de la malade, son état ne permettant pas même le transport. L'opération est faite sans difficulté avec le bistouri et la sonde cannelée. L'incision trachéale est pratiquée à partir du bord inférieur du cartilage cricoïde. Perte de sang insignifiante. La canule est introduite sur le doigt. Dès qu'elle est en place, la dyspnée cesse, le soulagement est complet et immédiat.

L'intensité et la rapidité des accidents n'ont pas permis l'examen laryngoscopique avant l'opération. Il eût été d'ailleurs douloureux, peut-être impossible, sinon dangereux.

Le soir, le soulagement persiste, mais la malade est inquiète et agitée.

2 grammes de chloral.

Le 31. — La malade respire librement par sa canule. Elle n'accuse plus de douleurs articulaires. La gorge est rouge, la déglutition toujours un peu douloureuse. Au toucher, on constate un peu de gonflement et de douleur au niveau de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques.

L'examen laryngoscopique, pratiqué dans la chambre obscure, n'a permis de trouver que de la rougeur de la muqueuse laryngée (8 avril).

1er et 2 avril. — La respiration se fait toujours librement par la canule, mais la malade tousse et rend par celle-ci des crachats muco-purulents en assez grande abondance. A l'auscultation, signes de bronchite légère, avec congestion peu marquée des bases. L'agitation est toujours grande. Potion avec 20 gouttes de teinture de belladone.

Le 4. — Il sort encore par la canule des crachats épais et abondants. Signes de bronchite généralisée assez intense avec congestion pulmonaire droite.

On applique 40 ventouses sèches, et l'on donne 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 6. — Amélioration générale et locale. La canule n'est pas remise. La malade respire librement.

Le 7. — La plaie trachéale est en voie de cicatrisation. La respiration est libre et facile. Les manifestations broncho-pulmonaires sont très améliorées. La malade accuse quelques douleurs dans les genoux.

Le 9.—Les douleurs articulaires se sont de nouveau généralisées et forcent à revenir au salicylate de soude. Rien du côté de la gorge. Plaie trachéale presque fermée. Plus de bronchite.

Le 13. — La plaie est complètement cicatrisée. La malade parle et respire librement, sans gêne, ni enrouement, ni douleur. Les douleurs articulaires sont moins vives. Sur le thorax prédomine des plaques rouges qui existent également sur les cuisses.

Le 15. — Les douleurs articulaires ont disparu, ainsi que l'éruption. En revanche, la malade accuse des douleurs intestinales assez vives, avec diarrhée abondante et fréquente.

On ordonne 4 gr. de salicylate de bismuth.

Le 20 avril. — La malade n'accuse de douleurs d'aucune sorte. Depuis hier, elle a sur la tête une poussée d'eczéma.

Le 10 mai. — Quelques douleurs articulaires vagues avec coliques et diarrhée. Reprise du salicylate de soude.

Rien jusqu'au 26 mai.

Le 26 mai. — Conjonctivite double intense.

Le malade prend 2 gr. de salicylate. Compresses d'eau boriquée tiède.

Le 28 mai. — La conjonctivite a disparu. L'état général de la malade est excelleot. Très léger souffle à la pointe du cœur. Rien dans les autres organes.

Ainsi qn'on peut le voir d'après les détails de l'observation qui précède, la malade a passé successivement par une grande partie des phases d'une attaque rhumatismale complète: intense an début, douleurs et gonflement articulaires, endo-péricardite, pharyngo-laryngo bronchite, douleurs intestinales avec diarrhée, éruption, conjonctivite, eczéma, etc. Parmi ces accidents, il en est un qui, très rapidement, a mis la vie de la mala-e en danger : noue voulons parler de la complication laryngienne.

Nous tenons à faire observer dès maintenant que le salicylate de sonde a produit ees effets remarqnables sur deux seules des manifestatione rhumatismales : la fluxion articulaire et la conjonctivite.

L'action du salieylate de eoude, eur la flnxion articulaire, eet rarement infidèle dans lee cas de rhumatisme articulaire aigu franc. Son administration est, comme on le sait, des plue faciles, et il est généralement bien eupporté.

Il nous paraît intéressant de signaler, à ce propos, une des raisons qui nécessitent, dans quelques cas, sa suppression immédiate. Il est quelquefois la cause, et ceci en dehors de toute espèce de complications d'endo-péricardite, d'une arythmie cardiaque trèe pénible ponr le malade. Cette arythmie, qni est tout à fait passagère et qui disparaît dèe que l'on cesse l'administration du reméde, se produit surtout si, d'emblée, on administre une proportion assez considérable du médicament, trois grammes, par exemple.

L'action du salycilate de soude sur la conjonctivite rhumatismale a déjà été signalée par plusieurs auteurs, et en particulier par M. Abadie. Nous n'avons pas à insieter sur ce point. Notre observation montre qne le médicament a été sans action sur lee antres manifestations rhnmatismales.

Puisqne none avons été amené à parler de l'emploi dn salicylate de sonde, ajontons qne, vers la même époqne, chez une antre malade de notre service, atteinte de scarlatine avec douleurs articulaires, gonflement notable dn poignet droit, l'administration de ce médicament a amené la disparition très rapide de la douleur et du gonflement articulaire. On doit donc, même dans les cas d'arthrite, qne l'on ponrrait, par ce fait méme que le gonflement eurvient dans le cours d'une maladie infectieuse, considérer comme étant de nature infectiense, tenter eon emploi, soit que l'on ait affaire, dane des cas eemblables, à de véritable rhumatisme survenant en même tempe que la maladie générale, soit, au contraire, que le salicylate agisee, bien qne l'on eoit en présence d'une arthrite de tonte antre nature.

Comment convient-il d'interpréter lee accidents laryngés qui, dane le cas particulier, auraient pn causer la mort de notre malade ?

Rappelons tout d'abord que ces accidente ont coïncidé avec une détente complète des manifestations douloureuses du côté des articulations; qu'ils ont été précédée d'une pharyngo-amygdalite, et qu'ils ont atteint progreseivement et très rapidement lenr maximum d'intensité.

Nous ne nous tronvions certainement pas en face d'un simple spasme de la glotte. C'est là un accident rare, propre aux nerveux et aux jeunee enfants, et qui produit des accidents rapidement trés intenses, mais ordinairement passagers.

Or, ce n'était pas le cas de notre malade. Les arthrites des petites articulations du larynx sont rares, douteuses, excepté dane le rhumatisme blennhorrhagique, et donnent lieu à des symptômes tels que la douleur très vive à la pression et à la dégintition, eymptômes qui n'ont jamais existé dans le cas qui nous intéresse.

Dans l'œdème de la glotte, l'inspiration est plus génée que l'expiration.

Il nous eemble rationnel de supposer que les accidents de dyspnée continue, présenté par notre malade, ont en pour cause la fluxion rhumatismale de la muqueuse laryngée tout entière, y compris celle qui recouvre les replis aryténo-épiglottiques et l'épiglotte.

Les moments du paroxysme de cette dyepnée peuvent être rapportés à une occlusion spasmodique et momentanée de la glotte, occlnsion causée par la convulsion reflexe des muscles dn larynx sous-jacents à une mnqueuse irritée Cette hypothèse est, en somme, assez simple et d'accord avec ce que l'on sait de la physiologie du larynx. On l'invoque, le plus souvent, pour expliquer la dyspnée extrême qui survient dans la laryngite connue eous le nom de laryngite suraiguë.

Il nous semble, pour l'instant, impossible d'expliquer pourquoi les accidents laryngés ont été le eignal de la cessation complète dee douleurs articulaires. Le microbe a tué la métastase, et on voit qu'il ne l'a pas encore remplacée dans tous les cas.

Nous terminerons en signalant le hénéfice réel qne la malade a retiré de la trachéotomie. Sans cet opération, elle aurait certainement succombé à ses accidents laryngés, car l'opération a été faite en pleine asphyxie, et le soulagement a été immédiat et complet.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie du système nerveux

Suite. — Voir le numéro précédent.

V. SUR LA MANIÈRE DE RECHERCHER LE PHÉNOMÈNE DU GENOU, par F. PELIZAEUS (*Neurologisches Centralblatt*, 1886, n° 3, p. 50). — VI. NOTE SUR LA TRÉPIDATION ÉPILEPTOÏDE DU PIED, CONSIDÉRÉE COMME UN SYMPTÔME DE CERTAINES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, par W. S. PLAYFAIR (*The Lancet*, 1886, vol. I, p. 12). — VII. REMARQUES SUR LE PHÉNOMÈNE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, OU RÉACTION DU MASSETER, etc., par E. DE WATTEVILLE (*Neurologisches Centralblatt* 1886, n° 3, p. 49). — VIII. SUR LE PHÉNOMÈNE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR (JAW-JERK), par J. RYBALKIN (*Wratsch*, 1886, n° 13). — IX. LE RÉFLEXE MENTONNIER, par le docteur MORRIS J. LEWIS (*The Practitioner*, décembre 1885, p. 451). — INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

V. M. PELIZAEUS a fait autrefois des recherches sur les enfants d'un certain nombre d'écoles de la ville de Berlin, pour s'éclairer sur la question de savoir si l'abolition du phénomène du genou s'observe à l'état de santé. Il est arrivé à ce résultat, qu'en dehors de toute maladie apparente des centres nerveux l'abolition complète et persistante du phénomène du genou est d'une extrême rareté ; une fois sur 2,403 enfants examinés. Il y avait lieu de se demander, fait remarquer l'auteur, si chez l'enfant en question l'abolition complète et persistante du phénomène du genou n'était pas l'indice d'une affection spinale chronique latente.

Or, il y a environ un an, Jendrassik (*Neurologisches Centralblatt*, 1885, n° 18, p. 412), qui a contrôlé les recherches de Pelizaeus et qui a reconnu l'exactitude des résultats annoncés, faisait connaître un procédé à l'aide duquel on réussit souvent à mettre en évidence le réflexe patellaire, alors que ce phénomène paraissait aboli quand on avait recours aux autres procédés connus. Ce mode d'exploration consiste en ceci : le sujet à examiner est assis sur une table, les jambes pendantes. Il porte ses bras en avant, dans l'allongement forcé, en entrecroisant les doigts les uns dans les autres, les paumes des mains portées en avant, pendant qu'on percute ses tendons rotuliens. Autrement dit, on fait déployer au sujet un effort avec ses membres supérieurs, ce qui produit une exagération normale des phénomènes tendineux dans les autres régions du corps.

L'enfant dont il a été question plus haut a été examiné une nouvelle fois. Il s'est fait voir que, cette fois encore, le phénomène du genou, interrogé par les procédés ordinaires, paraissait aboli, mais qu'en recourant au procédé de Jendrassik, on obtenait une, deux, au plus trois fois, le soulèvement de la jambe, à la suite de la percussion du tendon rotulien. Puis, plus rien, pendant une certaine période de temps.

De sorte qu'il y a lieu de modifier dans une certaine mesure les conclusions premières de M. Pelizaeus, dont les recherches prouvent que sur 2,403 enfants en état de bonne santé apparente l'abolition complète du phénomène du genou n'a pas été constatée une seule fois, et que, dans un petit nombre de cas seulement, le phénomène a été très difficile à mettre en évidence.

VI. GOWERS avait soutenu que la constatation de la trépidation épileptoïde (épilepsie spinale, phénomène du pied), provoquée par les mouvements passifs de flexion du pied, suffisait pour exclure l'idée d'une paraplégie hystérique ou de toute autre névrose fonctionnelle; en d'autres termes, il s'agissait, suivant Gowers, d'un signe en rapport avec une lésion organique des centres nerveux. Cette opinion est combattue par Buzzard et Playfair, qui tous deux ont rencontré des cas de paraplégie hystérique avec trépidation épileptoïde du pied très nette, et où la guérison obtenue dans la suite ne permettait pas de croire à l'existence de lésions organiques. A titre de preuves, Playfair publie deux observations de ce genre, dans l'article mentionné ci-dessus.

VII. M. DE WATTEVILLE rappelle que Beevor a publié une observation de sclérose latérale amyotrophique avec symptômes bulbaires, où il y avait exagération des réflexes tendineux dans les membres, mais sans épilepsie spinale. Par contre, lorsqu'on pratiquait l'abaissement forcé du maxillaire inférieur, la mâchoire était agitée par des mouvements cloniques, qui duraient aussi longtemps que la tension imprimée aux muscles masticateurs. D'après Beevor, le claquement des dents, qui se produit sous l'influence du froid, n'est qu'une forme de cette trépidation de la mâchoire inférieure.

Le même phénomène a été observé par de Watteville dans un cas de convulsions hystériques des membres et dans un cas de lésion organique de l'encéphale (région bulbo-protubérantielle). Une série de recherches faites par M. de Watteville lui a fourni la preuve que, dans la plupart des cas, il existe, à l'état de santé, un « phénomène du maxillaire inférieur » comparable au phénomène du genou, et qu'on met en évidence de la façon suivante :

On abaisse le maxillaire inférieur avec un coupe-papier appliqué à plat entre les deux arcades dentaires, d'un seul côté, puis avec un percuteur on porte un coup sec sur le plat du couteau, aussi près que possible des dents. Les muscles masticateurs, brusquement distendus, exécutent une contraction qui, dans certaines maladies, nerveuses ou autres, peut être empreinte d'une exagération manifeste. Il appartient à des observations ultérieures de nous apprendre en quels cas ce signe offre une valeur diagnostique. Des recherches myographiques de M. de Watteville il résulte qu'entre le moment de la percussion et celui de la contraction, il y a un intervalle de temps de deux dixièmes de seconde, intervalle trop court pour qu'il s'agisse d'un phénomène réflexe.

VIII. M. RYBALKIN a étudié le phénomène du maxillaire inférieur sur 315 sujets (136 hommes, 179 femmes) dont l'âge était compris entre 12 et 65 ans ; 69 étaient en bonne santé. Chez ces derniers, le phénomène en question n'a jamais fait défaut et a toujours consisté en une brusque contraction du masseter, sans mouvements cloniques. La contraction du masseter se produisait également, quoique avec moins de force, à la suite de la percussion du menton ou de la branche montante du maxillaire inférieur.

Même résultat chez 44 convalescents, sauf que chez quelques-uns il a fallu recourir au procédé de Jendrassik pour mettre en évidence le phénomène du maxillaire inférieur.

Sur 89 fiévreux (fièvre typhoïde, phthisie), il s'en est rencontré 9 ou 10 chez lesquels, à la suite d'un brusque abaissement, le maxillaire inférieur était agité par des mouvements

cloniques, et 21 avec simple exagération du phénomène du maxillaire inférieur.

Enfin, un dernier groupe comprend 45 malades atteints d'affections nerveuses très diverses. Les résultats obtenus chez ces malades se répartissent de la façon suivante :

Mouvements cloniques du maxillaire inférieur (comparables à la trépidation épileptoïde du pied), dans deux cas d'hémiplégie avec contractions post-hémyplégiques et épilepsie spinale; dans un cas d'hystérie avec paralysie spasmodique; dans quelques cas de tétanie.

Exagération du phénomène, dans deux cas d'hémiplégie, sans contracture; dans un cas de sclérose latérale amyotrophique avec symptômes bulbaires, et dans un cas d'atrophie musculaire progressive (forme juvénile).

Diminution d'intensité du phénomène, dans deux cas de méningite cérébrale, dans un cas de paralysie générale commençante, dans un cas d'atrophie musculaire progressive (forme juvénile), et dans trois cas de neurasthénie.

Abolition du phénomène, dans un cas de sclérose en plaques, et aussi à la suite d'injections de strychnine.

Dans tous les autres cas (hémiplégie, myélite, paralysies périphériques, hystérie, neurasthénie, épilepsie), le phénomène du maxillaire inférieur se produisait avec ses caractères normaux.

IX. M. LEWIS, en faisant une opération, a observé un phénomène qui n'est évidemment autre que le phénomène du maxillaire inférieur, signalé par Beevor, de Watteville, etc.: la mâchoire inférieure étant pendante, brusque soulèvement du maxillaire inférieur, à la suite d'un coup porté sur l'arcade dentaire inférieure ou sur la saillie mentonière. Ce phénomène a été observé à nouveau par l'auteur, chez des personnes bien portantes, et chez d'autres affectées de maladies du système nerveux.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

TRAVAUX A CONSULTER

SUR TROIS CAS DE TABES AVEC CONSERVATION DU PHÉNOMÈNE DU GENOU, par le professeur HIRT (*Berliner klin. Worhenschrift* 1886, n° 10.

ÉTUDES PHYSIOLOGIQUES SUR LE PHÉNOMÈNE DU GENOU ET SUR LES RÉACTIONS DES MUSCLES A LA SUITE DES EXCITATIONS MÉCANIQUES ET AUTRES, par S. Weir MITTCHELL et Morris J. LEWIS (*The Medical News*, 1886, 13 et 20 février).

DE LA TRÉPIDATION ÉPILEPTOÏDE PROVOQUÉE, par DELOM-SORTÉ, Bordeaux, 1885.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET EN PARTICULIER DU PSEUDO-RHUMATISME TYPHIQUE, par O. FOUQUE. — Thèse de Paris, 1885.

La fièvre typhoïde est une maladie infectieuse, essentiellement caractérisée par une éruption spéciale sur la muqueuse de l'iléon, par une altération importante du sang et par divers phénomènes congestifs vers les organes de l'économie : les intestins, le cerveau, la moelle, les poumons, les reins, l'estomac, les articulations en particulier peuvent être atteints par le processus pathogène. On voit parfois apparaître dès les débuts du mal un pseudo-rhumatisme qui prend toutes les allures du rhumatisme vrai, avec retentissement cardiaque. Il masque ou remplace les symptômes prodromiques. Une des sept observations rapportées, due à M. Albert Robin, est particulièrement remarquable par le nombre et la variété des lésions constatées. Un sujet aussi intéressant aurait mérité assurément d'être plus longuement étudié.

ESSAI SUR LES RÉCIDIVES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par H. ROMISZOWSKI-DEVOUCOUX. — Th. de Paris, 1885.

Quoique rares, les récidives de la fièvre typhoïde sont certaines. L'immunité conférée par une première atteinte n'est pas constante. Comme dans le choléra, la rougeole, la variole par exemple, elle peut aller s'émoussant plus ou moins suivant les sujets. La récidive, c'est l'infection nouvelle; la rechute, c'est la même infection typhique manifestée en deux fois, en deux actes, ce qui montre bien toute la différence consacrée par ces deux mots. Les récidives de la dothiénentérie sont généralement caractérisées par une réduction dans l'intensité des symptômes, par la rareté des complications.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMORRHAGIES PALUSTRES, par J. FEUILLADE. — Thèse de Paris, 1885.

Si de nombreux travaux relatifs à l'influence des états diathésiques sur la marche des plaies ont été déjà publiés, il en est bien peu jusqu'à ceux de M. Verneuil qui aient fait une mention spéciale du paludisme. M. Feuillade a glané dans la littérature médicale trente-quatre observations fort intéressantes, dans lesquelles la prédisposition toute particulière aux hémorrhagies ne peut être contestée. La perte de sang se présente avec des caractères permettant de la différencier de tout autre accident dû à une cause différente; c'est ainsi qu'elle survient tardivement par un état satisfaisant de la plaie, qu'elle se produit en nappe, qu'elle est abondante, périodique et qu'elle résiste aux agents hémostatiques ordinaires : l'administration seule du sulfate de quinine l'arrête; l'hémorrhagie se reproduit si ce médicament n'est pas assez longuement employé. Le traumatisme, l'accouchement en particulier la provoque parfois, mais elle peut aussi survenir en dehors de son action.

DE LA FORME HÉMORRHAGIQUE DE L'ÉRYSIPÈLE. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉRYSIPÈLE INFECTIEUSE, par CH. BLAISE. — Thèse de Paris, 1885.

L'érysipèle doit être rangé dans la catégorie des maladies infectieuse. Comme ces dernières, il est contagieux, c'est-à-dire qu'une véritable inoculation est nécessaire, avec on sans lésion caractéristique au niveau du point atteint, pour une généralisation consécutive. Et au frisson, à la fièvre, à l'éruption, aux lésions viscérales, ne vient-il pas s'ajouter un autre symptôme d'une grande valeur, l'hémorrhagie? Nous le retrouvons du moins dans sept cas relatés par l'auteur. Ce sont tantôt des ecchymoses, des pétéchies, du purpura, tantôt des épistaxis fréquentes et parfois assez abondantes pour mettre en danger les jours du malade, tantôt de véritables collections sanguines dans la profondeur des tissus cellulaire et musculaire. Il n'est pas jusqu'à des hématuries qui n'aient été signalées. L'érysipèle hémorrhagique est d'une telle gravité que la mort en est la plupart du temps le résultat.

Essai sur la pathogénie des hémorrhagies dans les maladies infectieuses, par F. Girard. — Thèse de Paris, 1885.

Les maladies infectieuses créent une véritable diathèse hémorrhagique. La perte de sang peut avoir lieu soit comme symptôme, soit comme complication. Il ne suffit pas pour l'expliquer d'invoquer la dégénérescence des vaisseaux, la cause première doit être cherchée dans la présence de bactéries pathogènes. Leurs colonies forment dans les capillaires des thromboses ou des embolies déterminant consécutivement soit des abcès, soit des gangrènes. Les vaisseaux nourriciers des bourgeons charnus, à tissus légérement caséeux, distendus et noyés dans des amas de cellules altérées, se rompent facilemsnt on laissant aisément passer par diapédèse les globules ronges. La quantité énorme de bacilles, qu'ils soient localisés en un point ou en circulation dans le sang, la prédisposition qu'ils tronvent à s'agglomérer dans les différents capillaires dégénérés de l'organisme sont cause de la fréquence des hémorrhagies, de leurs plus ou moins grande dissémination. Inutile d'insister sur les difficultés que présents ici l'hémostase.

Des hygromas suppurés de la bourse prérotulienne. — Application de la méthode antiseptique a leur traitement, par A. Revol. — Th. de Paris, 1885.

Les matériaux qui servent ds base à ce travail proviennent du service de M. Polaillon. En six ans et demi, 51 cas d'hygromas y ont été traités. Une ou deux incisions avec drainage de la poche suffirent dans les cas simples. S'il existe des fongosités, il faut se faire un jour suffisant pour pouvoir en opérer le grattage. Même remarque lorsque, par suite d'épaississements ou de dégénérescences, la dissection et l'extirpation totale de la paroi s'imposent. Dans tous les cas, le pansement antiseptique rend absolument inoffensive l'intervention chirurgicale.

Des arthropathies de l'articulation tibio-tarsienne Par R. Oudar. — Th. de Paris, 1885.

L'articulation tibio-tarsienne est soumise, comme toutes les autres articulations, aux causes générales d'arthropathie. Mais de toutes les causes locales, la plus fréquente est ici l'entorse. L'immobilité devient de rigueur; l'emploi des révulsifs énergiques et variés est indiqué. M. Oudar nous rapporte une observation prise dans le service de M. Verneuil où, après aspiration de la presque totalité du liquide épanché, deux injections de 50 grammes chacune d'éther iodoformé ont donné d'excellents résultats : six mois après le jour où la question de l'amputation avait été posée, le malade se levait et marchait, n'ayant plus qu'un peu de raideur articulaire.

Ch. Amat.

REVUE DES THÈSES

Contribution a l'étude du traitement des chéloïdes, par Gaspard Guyard. — (Th. de Paris, 1886.)

Dans un travail sur le traitement des chéloïdes, M. Gaspard Guyard est amené aux conclusions suivantes : 1· Le traitement médical est, le plus souvent, impuissant à guérir les chéloïdes, et même à calmsr lss douleurs qu'elles occasionnent; il ne donnsra ds bons résultats que dans les cas où ces tumeurs sont sous la dépendance de l'état général. 2· L'extirpation, pratiquée largement et enlevant jusqu'à la dernière trace du néoplasme, telle est la méthode de traitemsnt à laquelle M. Guyard accorde la préférence, sauf les cas où il existerait chez le malade une prédisposition tonte spéciale pour ces tumeurs et où l'état général serait défavorable; la compression, exercée pendant la période ds cicatrisation, aide puissamment à la guérison définitive. 3· La méthode de traitement de M. Vidal, par les scarifications quadrillées, donne de très bons résultats. Son premier effet est de faire cesser rapidement les douleurs. Pour guérir les chéloïdes, les scarifications devront être faites régulièrement, à intervalles égaux et continnées jusqu'à disparition complète dn tissu induré. 4· C'est encore aux scarifications qu'on devrait avoir recours, dans le cas où une récidive suivrait l'ablation; et c'est dés le début de cette récidivs qu'il faudra employer cette méthode.

M. Le Dentn pense que c'est à la saignée locale et souvsnt répétée, que l'on doit la résolution des tumeurs. Mais cependant, d'après M. Guyard, la méthode de traitemsnt dss chéloïdes par les scarifications, à côté d'avantages indéniables, présente un inconvénient, sa longueur; et si M. Guyard n'a pu reproduire qu'un seul cas où la guérison obtenue ait été à peu près complète, n'est-ce pas là qu'il faut en chsrcher la cause? Les malades qui voudront se soumettre à un traitement long et régulier comme doit l'être celui-là sont rares. De plus, les scarifications peuvent être interrompuss par une circonstance fortuite, indépendante de la volonté du malade, et on perdra souvent alors en peu de temps le bénéfice qu'on avait retiré jusque là du traitement.

Dr Paul Fabre (de Commentry

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur E. Monteils-Pons (de Florac), chevalier de la Légion d'honneur; — de M. le docteur Coqueret, 21, rue Richelieu, médecin en chef honoraire de la police municipale, officier de la Légion d'honneur, décédé le 8 juillet 1886, à l'âge de soixante-dix-sept ans; — de M le docteur Rigaud père, à Dun-sur-Meuse.

***

Faculté de médecine de Paris. — *Concours d'agrégation* (section de physique, chimie et pharmacologie).—Le dépôt des thèses a été effectué par les candidats le dimanche 11 juillet 1886, de midi à trois heures du soir; immédiatement après, l'ordre de leur soutenance, avec le nom des argumentateurs, a été tiré au sort et fixé ainsi qu'il suit; les séances commenceront à cinq heures du soir.

Première séance : jeudi 15 juillet 1886. — 1° *Physique*. M. Didelot : Les changements d'état; argumenté par MM. Malosse et Borel; — 2° *Chimie*. M. Guérin : Origine et transformation des matières azotées chez les êtres vivants; argumenté par MM. Thibaut et Lambling.

Deuxième séance : samedi, 17 juillet 1886.—1° *Chimie*. M. Lambling : Les origines de la chaleur et de la force chez les êtres vivants; argumenté par MM. Morelle et Guérin; — 2° *Pharmacologie*. M. Thibaut : Alcaloïdes des strychnées; argumenté par MM. Florence et Villejean.

***

Légion d'honneur. — Par décret du 24 juin 1886, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Bouchut, médecin en chef des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, officier depuis 1871.

M. le docteur Baudoin, inspecteur du service de santé militaire, directeur du service de santé, officier depuis 1870.

Au grade de chevalier. — MM. Hurst, médecin de première classe; Giard, médecin principal de première classe; Terneau, médecin principal de première classe; Millet, médecin-major de première classe; Marty, pharmacien principal de première classe; Laveran, médecin principal de deuxième classe, au Val-de-Grâce; Billet, médecin-major de première classe; Magdelaine, médecin-major; Dupiey, médecin-major; Ribard, médecin-major; Granjux, médecin-major de première classe; Grach Laprade, médecin-major de première classe; Dubarry médecin-major de première classe; Bressy, médecin major de première classe; Cordier, médecin-major de première classe; Playoust, médecin-major de première classe; Mazellier, médecin-major de première classe; Pouchet, médecin-major de deuxième classe; Gresniou-Menuau, médecin-major de deuxième classe; Burcker, pharmacien-major de première classe; Marty, pharmacien-major de deuxième classe; Diday, doyen des chirurgiens des hôpitaux de Lyon; Leroux, médecin à l'hôpital de Caen; De Gauljeac, médecin à l'hôpital d'Agen; Lebaigue, chimiste; Colard, médecin à Ornans.

— Par décret en date du 9 juillet 1886, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Troost (de l'Institut), professeur à la Faculté des sciences de Paris; Gaudry (de l'Institut), professeur au Muséum d'histoire naturelle;

Au grade de chevalier. — MM. Armand Gautier, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Pingard, chef du secrétariat de l'Institut.

— Par décret en date du 14 juillet ont été nommés :

Au grade de commandeur : M. Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité.

Au grade d'officier : M. Sirdey, médecin en chef de l'hôpital Lariboisière.

Au grade de chevalier : MM. Lucas-Championnière, Segond, Peyrot, chirurgiens des hôpitaux de Paris; Debove, médecin des hôpitaux de Paris; Budin, accoucheur des hôpitaux de Paris; MM. les docteurs de Monfumat (de Paris), Roelandts (de Courbevoie), Decertaine (de Tours), Charhonnier (de Saint-Calais).

***

— Par décret, en date du 23 juin 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Bastien, Tardif, Villard, Hennocque, Maurandy, Pradet, Grégoire, Chevassus, Arnaud et Barthe.

***

— M. Gestin, directeur du service de santé à Toulon, est nommé aux fonctions de président du conseil supérieur de santé de la marine, à Paris.

M. le directeur du service de santé, Bérenger-Feraud, remplace M. Gestin, à Toulon.

M. le directeur Dugé de Bernonville, actuellement à Paris, va à Cherbourg, remplacer M. Berenger-Feraud.

M. le docteur Ballay est nommé lieutenant gouverneur du Gabon.

— Par décret, en date du 5 juillet 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. le médecin de première classe Geoffroy, Masse et Clavier.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Ballot, Dhoste, Petlissier, Le Janne, Mercié, Coussyn, et Pouvreau.

Au grade de pharmacien en chef. — M. le pharmacien principal Degorce.

Au grade de pharmacien principal. — M. le pharmacien de première classe Louvet.

***

— Le président de la Société d'anthropologie de Paris est autorisé à accepter, au nom de cette Société, aux clauses et conditions imposées, la donation d'une somme de 5,000 fr., que lui ont faite MM. Jacques, Alphonse et Georges Bertillon.

Cette somme sera employée, au nom de la Société d'anthropologie de Paris, à l'achat d'un titre de rente trois pour cent sur l'Etat français, avec mention de son affectation spéciale. Les revenus de cette rente seront affectés à la fondation d'un prix triennal qui, sous le nom de « Prix Bertillon », et suivant le réglement arrêté par l'acte de donation, sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur l'anthropologie.

***

— Nous recevons de M. le docteur Huchard la lettre suivante, que nous nous empressons d'insérer :

Paris, 7 juillet 1886.

Mon cher Rédacteur en chef,

Un grand nombre de nos confrères ont reçu ces jours derniers une lettre signée *Dr Huchard*, recommandant une spécialité pharmaceutique contre la tuberculose, la bronchite chronique et l'asthme. J'ai à peine besoin de déclarer que je suis absolument étranger à la rédaction de cette lettre. Pour éviter toute confusion avec d'autres médecins qui portent mon nom, je signe tout ce que j'écris : *Henri Huchard*.

Agréez, etc.

Henri Huchard,
Médecin de l'hôpital Bichat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1885-1886

Wendling (Victor-Auguste-Antoine), de Sainte-Marie aux-Mines (Haut-Rhin). Contribution à l'étude des traitements modernes de l'hydrocèle simple de la tunique vaginale. — Thonvenel (Paul), de Vauhexy (Vosges). Du charbon : atténuation du virus charbonneux dans la terre (*Vires deperdit eundo*).

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 4 au samedi 10 juillet 1886

Fièvre typhoïde 16. — Variole 4. — Rougeole 37. — Scarlatine 17. — Coqueluche 13. — Dipthérie, croup 18 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 8. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 180. — Autres tuberculoses 25. — Autres affections générales 48 — Malformation et débilité des âges extrêmes 47. — Bronchite aiguë 37. — Pneumonie 72. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 50. — au sein et mixte 26 — Inconnu 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 81. — de l'appareil circulatoire 59. — de l'appareil respiratoire 47. — de l'appareil digestif 41 — de l'appareil génito-urinaire 18. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 4 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 41. — Causes non classées 18. — Total de la semaine : 964 décès.

Fournitures de **librairie** *et* **impression** *de mémoires, brochures, etc., etc. — Octave Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon.*

Toute demande de livres édités *personnellement* par M. Doin, dépassant 30 francs et accompagnée d'un mandat postal ou d'une valeur sur Paris, sera servie franche de port, partout où parviennent les colis postaux, avec une remise de 15 0/0 sur les prix marqués. — Sur tous les autres ouvrages scientifiques ou littéraires publiés par les autres éditeurs, la remise ne serait que de 10 0/0 et l'envoi franc de port. — Sur les demandes inférieures à 30 francs, ou sur les ouvrages expédiés par la poste, aucune remise ne peut être accordée.

Pour les impressions : Les conditions seront à débattre préalablement avec M. Doin, qui fournira des devis et traitera à forfait.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De la splénalgie dans les fièvres intermittentes, par le docteur Paul Fabre (de Commentry), médecin des mines de Commentry, etc. Une brochure grand in-8 de 32 pages — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Annuaire de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, depuis son origine (an IX) jusqu'en 1885 inclusivement. Quatrième édition, revue et corrigée. Cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 fr. — Paris. Asselin et Houzeau, libraires la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Nouveau pansement antiseptique, par le docteur Bedoin, membre de la Société de thérapeutique, de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, etc Une brochure de 12 p. in-8. — Prix : 1 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité de la vigne et de ses produits, par MM. L. Portes, chimiste-expert de la Chambre syndicale du commerce des vins de Paris, et F. Ruyssen, employé supérieur des contributions indirectes, précédé d'une préface de M. A. Chatin, membre de l'Institut. Deux forts volumes de plus de 700 pages chacun, avec de nombreuses figures dans le texte. — Prix de l'ouvrage complet : 24 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Nosographie des chorées, par le docteur M. Lannois, médecin aide-major de première classe. — Paris, 1886, grand in-8 de de 170 pages, avec 12 figures. — Prix : 4 fr. — Librairie J.-B. Baillère et fils, 19, rue Hautefeuille.

De la fièvre typhoïde dans la marine et dans les pays chauds, par le docteur J. Moursou, médecin de première classe de la marine. Un volume in-8 de 310 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Les théories de la vie jugées dans l'œuf, par A. Coutance, professeur des sciences naturelles à l'Ecole de médecine navale de Brest. Un volume in-8 de 1(5 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La pratique des maladies vénériennes, par P. Diday, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon. Un volume in-8 de 560 pages. — Prix : 6 fr. — Paris. — Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 35, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES LARGES ABLATIONS DE CANCERS DE LA BOUCHE, DE L'ISTHME DU GOSIER ET DU PHARYNX,

par le docteur POLAILLON, chirurgien de la Pitié, agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Suite. — Voir le numéro du 17 juillet.

B. *Opérations de cancers de l'arrière-bouche (amygdale, pharynx et isthme du gosier).*

6 opérés : 2 guéris, 4 morts (3 par hémorrhagie, 1 par broncho-pneumonie).

OBS. IV (publiée par M. Clado, interne, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, no 34, p. 266, 1883). — Résumé.

Baraduc (Louis), 43 ans, entre à la Pitié le 17 décembre 1882, salle Broca, lit no 38.

Depuis deux mois environ, gêne dans la bouche, spécialement pendant la déglutition.

A son entrée à l'hôpital, nous trouvons un épithélioma ulcéré de l'amygdale gauche s'étendant au pilier antérieur du voile du palais et au voile du palais lui-même jusqu'à la luette. La partie voisine de la base de la langue est aussi ulcérée et dure. La moitié gauche du plancher buccal est envahie. La gencive est aussi malade jusqu'à la canine inférieure gauche. Plusieurs ganglions de la région sus-hyoïdienne correspondante sont tuméfiés et très probablement dégénérés.

Un œdème douloureux des membres inférieurs avec fièvre oblige d'ajourner l'opération jusqu'au 16 janvier 1883.

Ligature préventive de la carotide externe avec un fil de catgut. Incision partant de la commissure gauche et venant gagner la partie supérieure de l'incision cervicale de la ligature, vers l'angle de la mâchoire. Dissection du lambeau et dénudation du maxillaire inférieur, qui est réséqué depuis la deuxième incisive gauche jusqu'à la partie moyenne de sa branche montante. Limitation des parties malades avec les fils du serre nœud galvanique passés à l'aide de canules de trocarts droits et courbes. Section des tissus par les anses de fil de platine rougies par le passage du courant galvanique.

Plusieurs artères donnent, malgré la ligature de la carotide externe. Elles sont liées avec des fils de catgut.

Sept sutures profondes et trois sutures superficielles en fil d'argent réunissent les incisions. Pas de drainage. Une éponge phéniquée est disposée dans la bouche. Elle est fixée à un fil, qui traverse l'incision, et vient s'attacher à une autre éponge placée sur la peau. Pansement de Lister.

Le 26 janvier, hémorrhagie sérieuse par la bouche.

Le 7 février, Baraduc quitte l'hôpital. Les incisions se sont réunies par première intention.

Le 15 février, Baraduc est revu : tout allait bien. Guérison.

Dans le courant de l'année suivante, j'ai appris que Baraduc était mort de son cancer récidivé.

OBS. V (recueillie par M. Sapelier, interne du service). — Monsel (Louis), âgé de 65 ans, journalier, entre, le 20 juin 1883, à la Pitié, avec un épithélioma primitif de l'amygdale gauche envahissant le voile du palais et le bord correspondant de la base de la langue.

Opération le 28 juin. Chloroformisation. Pour se mettre à l'abri de l'hémorrhagie pendant l'opération et dans les jours consécutifs, M. Polaillon lie d'abord la carotide externe. La ligature est faite avec un fil de catgut sur la continuité de l'artère, au-dessus de l'origine de celle-ci.

L'incision de la ligature est ensuite prolongée jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'angle de la mâchoire.

Une incision horizontale, partant de la commissure des lèvres, vient gagner l'extrémité supérieure de l'incision latérale.

Le lambeau de la joue étant rabattu en bas et en avant, assure une voie assez large pour arriver sur le mal, sans qu'il soit nécessaire de réséquer le maxillaire inférieur.

Toutes les parties malades ou suspectes sont circonscrites avec les anses en fil de platine du serre-nœud galvanique; anses que l'on passe à travers les tissus avec un trocart courbe. L'ablation est complétée avec le thermocautère.

La réunion par première intention était obtenue au bout de onze jours. Un seul point suppurait légèrement, c'était la partie la plus déclive de l'incision verticale, au niveau de la ligature de la carotide. Pendant quelques jours on fut obligé d'y placer un drain debout. Cette petite cavité, qui avait d'abord communiqué avec le pharynx, tendait à s'oblitérer. La suppuration avait presque cessé. Le drain avait été supprimé, et le malade était considéré comme guéri.

Le 14 juillet au matin, le malade perdit du sang par la bouche. Cette hémorrhagie qui, selon toute probabilité, provenait d'artérioles collatérales et anatomiques, céda tout d'abord à l'eau avec perchlorure de fer; puis reparut, et résista à tous les moyens hémostatiques.

Le 16 juillet, la malade succombait à la perte de sang.

A l'autopsie, la carotide primitive est saine. A l'origine de la carotide interne, plaques d'athérome. Du côté de la carotide externe, la sonde cannelée ne rencontre ni caillot, ni trace de la ligature ; cette artère est interrompue immédiatement au dessus de son origine. Une recherche minutieuse nous montre que le catgut ne s'est pas résorbé. Il enserre une petite masse de tissu artériel

sphacelé, qui ne tient plus que par un lambeau au bout central de la carotide. A quelques millimètres au-dessus de ce bout central et baignant comme lui dans un caillot sanguin, nous trouvons le bout phériphérique de la carotide, dont les bords sont évasés, retournés en dehors et irrégulièrement déchiquetés.

L'hémorrhagie, qui a emporté le malade, provenait donc, sans nul doute, de la rupture de la carotide externe au niveau de sa ligature.

Quelle a été la cause de cette rupture? La carotide externe présentait-elle, comme la carotide interne, une plaque d'athérôme? Le sphacèle d'une partie de l'artère ne nous permet pas d'élucider cette question. La pression du courant sanguin dans la carotide interne n'en a été que la cause adjuvante. La suppuration au niveau de la ligature a certainement joué le plus grand rôle, car elle a empêché la formation du tissu cicatriciel qui enveloppe rapidement une artère liée dans sa continuité avec un fil antiseptique. Enfin la gangrène de la paroi artérielle, consécutive à la dénudation, peut aussi être incriminée.

Obs. VI (publiée par MM. Paul Berthod et Barbier, internes du service, *in* Gazette médicale de Paris, n° 1, p. 3, 1885). — Résumée.

Bert (Alexandre), 37 ans, employé, entre le 21 juillet 1884 à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, lit 34.

Début de la maladie, il y a 15 mois, par une douleur vive dans l'oreille droite avec sentiment de gène dans le même côté. Quelque temps après, surdité, difficulté de la déglution, crachats sanguinolents, impossibilité d'ouvrir largement la bouche. Amaigrissement; teint jaunâtre des téguments.

On reconnaît un épithélioma de l'amygdale droite, envahissant le voile du palais et s'étendant sur la muqueuse palatine dans l'étendue de quelques millimètres. Toute la base de la langue participe à la maladie jusqu'à l'épiglotte. En bas, la néoplasie s'avance vers le plancher de la bouche qui est envahi. Ganglions sous-maxillaires et carotidiens dégénérés.

L'opération nécessaire pour enlever tout le mal doit être très étendue et très grave. Néanmoins M. Polaillon se décide à intervenir en raison de la jeunesse du sujet et de l'état véritablement insupportable dans lequel il se trouve.

Le 29 juillet, chloroformisation. Exploration très difficile de l'arrière-bouche parce que les mâchoires ne s'écartent qu'incomplètement. Ligature de la linguale gauche au lieu d'élection.

Le 31 juillet, nouvelle chloroformisation. Ligature préventive de la carotide primitive droite. Incision de la commissure labiale droite à la partie supérieure de l'incision de la ligature. La dissection du lambeau met à nu les parties molles du cou et le bord inférieur du maxillaire, qui n'est pas réséqué comme ne participant pas à la maladie. Au moyen de plusieurs applications de l'anse galvanique, M. Polaillon enlève toute la base de la langue (en laissant la pointe adhérente au plancher buccal), l'amygdale avec les parties voisines envahies, puis les ganglions dégénérés. Il complète ensuite la destruction de tous les tissus suspects avec le thermocautère.

Malgré la ligature préventive des artères linguale gauche et carotide primitive droite, on a dû lier encore plusieurs vaisseaux dans la plaie. Entre autres la linguale et la faciale droites.

Sutures métalliques de la peau à partir de la commissure labiale de manière à reformer la joue. Introduction d'une éponge antiseptique dans la vaste cavité opératoire. Le moignon de langue est fixé à la commissure droite par un fil métallique.

Alimentation avec une sonde œsophagienne.

Le deuxième jour après l'opération, paralysie du bras gauche.

Le troisième jour, affaiblissement de la jambe gauche, qui est complètement paralysée quelques heures après.

Le quatrième jour, de gros râles muqueux embarrassent la respiration. Dyspnée. Néanmoins la plaie de la joue et du cou s'est réunie par première intention.

Vers le dixième jour, l'opéré a de l'appétit et digère bien. Bientôt il commence à s'alimenter sans la sonde œsophagienne, peut se lever, et reste assis toute la journée dans un fauteuil.

Le 10 septembre, il semblait guéri, sauf la persistance de son hémiplégie gauche due à la ligature de la carotide droite, lorsqu'il contracta une bronchite.

Le 16 septembre, à midi 20 minutes, après un accès de toux un peu plus violent que les autres, Bert eut une hémorrhagie par la bouche, assez considérable pour nécessiter immédiatement la ligature de la carotide primitive du côté opéré. En dix minutes, le malade avait eu le temps de perdre, dit-on, trois litres de sang qu'il rendait à pleine bouche. Quoique l'hémorrhagie eût cessé aussitôt après la ligature, et malgré les toniques et les reconstituants qui lui furent administrés, le malade succomba le soir à 9 heures et demie.

A l'*autopsie*, on trouve une repullulation des éléments cancéreux vers la bouche et vers le pharynx.

La ligature de la carotide primitive, faite après l'hémorrhagie, est située à la partie moyenne du trajet de l'artère dont elle ferme complètement le calibre (fig. 2, c); en amont d'elle, la cavité du vaisseau est obstruée par un caillot noir d'une longueur de deux

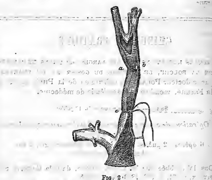


Fig. 2.

a b, ligature préventive de la carotide primitive avant l'opération; *b*, perforation de l'artère qui a déterminé une hémorrhagie secondaire excessivement grave; *c*, ligature de la carotide pour arrêter cette hémorrhagie.

centimètres environ, caillot qui ne se prolonge point jusqu'au tronc brachiocéphalique. En aval de la ligature, le caillot se prolonge jusque dans la carotide interne qui en est distendue.

Si on suit par la dissection le trajet de l'artère carotide primitive de bas en haut, on voit, à la hauteur de son sinus, une perforation de ses parois mesurant les dimensions d'une petite lentille (fig. 2, *b*). Cette perforation s'ouvre dans un canal creusé aux dépens des tissus voisins, canal long d'un centimètre environ, et qui vient aboutir dans la cavité buccale. C'est par cette perforation et par ce canal que l'hémorrhagie s'est produite. La perforation existait au niveau d'un resserrement de l'artère carotide (*a b*), resserrement qui marque l'endroit où la ligature préventive de ce vaisseau avait été faite.

L'hémorrhagie nous paraît avoir été causée de la manière suivante: après la ligature au catgut appliquée sur la carotide primitive, ce vaisseau s'est trouvé oblitéré. Mais au bout de quelques jours, l'anse de catgut s'étant résorbée, laissa dans le point où elle avait été appliquée, une paroi affaiblie par la section des tuniques internes. Peu à peu la perméabilité de l'artère s'est rétablie. En même temps, l'infiltration cancéreuse et l'inflammation suppurative gagnaient la tunique celluleuse artérielle dans le point même où le

fil avait été serré. Il y avait donc, à ce niveau, une paroi artérielle assez friable pour se rompre dans un effort de toux.

OBS. VII. — Laroche, 41 ans, plombier, entre le 15 octobre 1884, salle Broca, no 19, service du docteur Polaillon.

Son père est mort à 66 ans, subitement, de cause inconnue.

Sa mère est morte aussi à 66 ans, à la suite d'une ulcération du col utérin donnant lieu à un écoulement très fétide, et l'ayant retenue alitée pendant deux mois avant sa mort.

Ses sœurs et frères, au nombre de trois, sont bien portants.

Pas de signes de scrofule pendant son enfance. A l'âge de quatre ans, coupure à la base du gros orteil droit. A la suite de cette coupure, affection osseuse ayant duré neuf ans. Dans le cours de cette affection, le malade eut un phlegmon de la jambe. Variole à dix ans. A trente-deux ans, abcès ganglionnaires muliples dans la région gauche du cou. La suppuration a duré un mois et demi. On en constate encore les nombreuses cicatrices.

Début de l'affection. En juin 1884, l'attention du malade est éveillée par une sensation de picotemeot continu dans le pharynx, sensation qui va jusqu'à la douleur pendant les mouvements de déglutition. Il localise cette douleur au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

En juillet, difficulté pour onvrir la bouche, qui augmente peu à peu jusqu'à gêner beaucoup la mastication.

En août, apparition de douleurs violentes dans l'oreille. Cette douleur s'irradiait dans toutes les régions pariétale et temporale du côté correspondant. Elle était continue, avec paroxysmes au moment où le malade se couchait. Salivation abondante durant le jour et durant la nuit d'un liquide limpide et ne tachant pas le linge. Une seule fois, la salive fut légérement teinte par du sang. A cette époque aussi, Laroche remarqua que sa narine gauche était beaucoup moins perméable à l'air.

Il entra à Cochin pour sa contracture des mâchoires et y fut traité par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, qui l'adressa ensuite à M. le docteur Polaillon.

Etat actuel. Etat général assez bon. Le malade, amaigri et pâle, ne présente pas la teinte jaune paille du cancer.

Le passage des aliments au niveau de l'isthme est douloureux.

Pas d'athérôme. Rien au cœur. La respiration se fait bien. Pas trace de généralisation néoplasique dans les viscères.

A l'inspection de la région du cou, rien de spécial, que les cicatrices de ses adénites suppurées. A la palpation, rien à droite. A gauche, léger engorgement douloureux et dur des ganglions du cou. Un peu au-dessus de la grande corde de l'os hyoïde, petit ganglion douloureux. Quelques ganglions aussi au niveau de l'angle de la mâchoire. Le plancher de la houche est épaissi et dur.

Si l'on fait ouvrir la bonche du malade, on voit que les arcades dentaires s'écartent à peine de 2 centimètres l'une de l'autre. Le doigt, introduit dans la cavité huccale et promené sur le plancher, rencontre quelques indurations, surtout à la partie postérieure gauche du plancher, et la pression découvre un point très douloureux au voisinage de la deuxième petite molaire inférieure gauche. La luette, hypertrophiée, est déviée à droite. La moitié gauche du voile du palais est considérablement épaissie.

Une ulcération se voit à la base de la luette, entre cet organe et le pilier antérieur gauche qu'elle a détruit dans son tiers supérieur. Cette ulcération s'étend en arrière. Le doigt constate que les tissus ulcérés sont épaissis et indurés. L'amygdale gauche est détruite en grande partie. En tirant fortement en avant et à droite la pointe de la langue, on voit, sur la partie moyenne de son hord gauche, une ulcération allongée.

L'opération est décidée et pratiquée le 25 octobre.

Premier temps. — Ligature de la carotide externe gauche avec un fil de catgut, ligature rendue difficile par un gros ganglion dégéoéré situé sur la bifurcation de la carotide primitive. Un fil d'attente en catgut est placé sous la carotide primitive, afin de lier immédiatement cette artère, si pendant l'ablation tres étendue que M. Polaillon se propose de faire, la carotide internevenait à être intéressée.

Deuxième temps. — Incision avec le histouri de la peau et des parties molles, depuis la commissure gauche jusqu'à l'incision cervicale, un peu au-dessus de l'angle de la mâchoire. Le maxillaire inférieur est mis à nu par l'abaissement du lambeau.

Troisième temps. — Avec une scie à chaîne, M. le docteur Polaillon résèque une portion du maxillaire inférieur, qui s'étend depuis la canine gauche jusqu'à la branche montante, à deux travers de doigt au-dessus de l'angle de la mâchoire.

Quatrième temps. — Les parties malades, amygdale gauche, portions envahies du pharynx, parties malades de la base de la langue et du plancher buccal, sont circonscrites avec le fil de platine du serre-nœud galvanique et enlevées. La luette, la moitié gauche du voile du palais, sont disséquées et enlevées avec le thermo-cautère. Tous les points suspects sont profondément cautérisés.

Pendant de l'opération, il a fallu placer quelques ligatures sur le bout périphérique des artères coupées.

Cinquième temps. — Suture de la peau avec des fils métalliques. Pansement phéniqué de Lister. Pour assurer l'hémostase et l'antisepsie, une éponge phéniquée est introduite jusque dans le fond de la cavité huccale, et occupe la place de la perte de substance.

Suites. La journée dn 25 a été bonne. Le malade est alimenté avec une théière, munie d'un long tube, qui conduit les aliments liquides et les boissons jusqu'à la partie supérieure de l'œsophage.

Le 26 octobre, l'éponge phayngienne est enlevée. Pansement.

A huit heures du soir, hémorrhagie très abondante, qui nécessite le tamponnement des fosses nasales par l'interne de garde. L'hémorrhagie s'arrête; mais un léger suintement sanguin persiste et se continue pendant toute la journée du 27.

Le 28 octobre, pendant la nuit, à deux heures du matin, nouvelle hémorrhagie très abondante, qui se répète à cinq heures du matin.

A la visite, le malade est presque exsangue. Le pouls est imperceptible. Il est évident que si, la carotide externe n'avait pas été liée, l'hémorrhagie aurait été encore plus abondante et que l'opéré serait mort. Ether en injections sous-cutanées; ergotine.

Le soir, pansement. Pouls toujours très faible. Pas de nouvelle perte de sang.

Lavements nutritifs. Potion de Tood.

Le 29 octobre, matin, le pouls s'est un peu relevé. Amélioration. Pansement. La réunion de la plaie est presque complète.

Le 30 octobre, le mieux continue. Pansement. On enléve quelques fils métalliques de la suture et le tampon naso-pharyngien. On passe avec quelques difficultés la sonde œsophagienne, qui doit servir à alimenter le malade.

Le 31 octobre, les derniers points de suture sont enlevés. Alimentation avec la sonde œsophagienne.

Le malade se plaint d'une douleur siégeant à la partie gauche du thorax. La percussion et l'auscultation à ce niveau donnent un résultat négatif.

Les jours suivants, rien de nouveau à noter.

Le 12 novembre, apparition d'un petit ahcès à la partie supérieure de l'incision cervicale et issue d'un fragment de fil. Il s'agit probablement d'une ligature qui s'élimine.

Le 17 novembre. Depuis la veille, des douleurs d'oreille tendent à revenir. L'examen laryngoscopique, pratiqué avec une certaine difficulté, fait reconnaître que la partie droite du pharynx existe seule; toute la portion gauche a été enlevée. Il existe en ce point une vaste cicatrice, qui tient lieu de la paroi pharyngienne. Il n'y a rien de suspect au larynx.

Les forces reviennent peu à peu. Les douleurs d'oreille ont beaucoup diminué, mais persistent encore. Le malade commence à s'alimenter sans le secours de la sonde; cependant il éprouve de la gêne à écarter ce qui lui reste de la mâchoire inférieure.

Le 9 décembre, le malade part en convalescence pour Vincennes. Il est en bonne santé. Aucun engorgement ganglionnaire ne peut faire craindre une récidive.

Revu à la fin de décembre, le bon état local et général se maintiennent. La trace de l'énorme opération qu'il a subi est très peu apparente (fig. 1).

Le 11 février 1885, Laroche rentre dans le service de M. Polaillon, avec des accidents qui ne permettent pas de douter que le cancer a récidivé dans le pharynx. On sent dans la région parotidienne et dans la région cervicale plusieurs ganglions dégénérés.

M. Polaillon ne juge pas qu'une nouvelle opération soit utile pour le patient.

Au commencement de juin, la difficulté de la déglutition oblige à alimenter le malade avec une sonde.

Quelques légères hémorrhagies par le pharynx. Quelques hémorrhagies plus abondantes par une ulcération cancéreuse qui s'est formée sur la cicatrice cervicale.

Le 19 juin 1885, Laroche meurt de cachexie, après avoir eu plus de trois mois de tranquillité parfaite, trois mois environ d'un état de récidive fort supportable, et un mois à un mois et demi de troubles profonds et de cachexie.

Obs. VIII. — Rousseau (Henri), 55 ans, représentant de commerce, entre le 29 septembre 1885, salle Broca, n° 43, à la Pitié.

Epithélioma ulcéré du sillon gingivo-génien inférieur gauche, envahissant la branche horizontale du maxillaire inférieur. L'induration du plancher de la bouche s'étend profondément du côté de l'angle de la mâchoire et du pharynx. Les ganglions sous-maxillaires et carotidiens sont dégénérés.

L'extirpation des parties malades nécessitera une très large opération.

Le 3 octobre, chloroformisation. Incision cervicale pour l'ablation des ganglions carotidiens. Cette ablation conduit sur la carotide externe, dont les branches sont englobées dans la masse ganglionnaire cancéreuse. Ligature de la carotide externe dans sa continuité avec un fil de catgut.

Incision le long du bord inférieur du maxillaire depuis le menton jusqu'en arrière de l'angle de la mâchoire. Dissection de la tumeur, en dehors de la branche, en écartant le lambeau du côté du cou. Section du maxillaire inférieur avec la scie à chaîne, au niveau de la canine gauche et au niveau du col du condyle et de l'apophyse coronoïde.

La portion détachée du maxillaire inférieur est attirée en dehors pour permettre de disséquer avec le thermocautère, du côté de la bouche, la tumeur qui s'étend sous la langue jusqu'au pharynx.

Suture métallique des incisions. Drainage. Pansement de Lister.

L'état du malade était excellent, les incisions cutanées étaient réunies par première intention, lorsque, le 7 octobre, à dix heures du soir, il y eut une première hémorrhagie par la bouche. Cette hémorrhagie fut peu abondante et s'arrêta spontanément. Une demi-heure après, le sang fit de nouveau irruption en telle quantité que l'interne de garde n'eût pas le temps d'arriver avant la mort de l'opéré.

L'autopsie n'a pu être faite, de sorte que je suis réduit aux conjectures sur la cause de cette hémorrhagie. Sa soudaineté et son abondance me font croire que le sang ne venait pas d'une artère de moyen calibre, mais de la carotide externe elle-même. Je suppose que la ligature de catgut s'est relâchée ou résorbée trop tôt (le 4e jour), et que le sang s'est échappé par le tronc de l'artère, qui était englobée dans la tumeur et qui a été sectionnée pendant l'ablation de celle-ci.

Obs. IX. — *Epithélioma de l'amygdale droite, du voile du palais, des piliers, avec extension à la base de la langue* (Observation recueillie par M. Dumoret, interne du service).

Le nommé Mil... Henri, marinier, âgé de 70 ans, entre le 9 avril 1886 salle Broca, n° 41, dans le service de M. Polaillon.

Aucune maladie antérieure. Il nie tout antécédent spécifique. Il a fait un usage immodéré du tabac, et il se sert le plus habituellement d'une pipe à tuyau très court.

Son père est mort à 83 ans; sa mère à 86 ans.

Il y a six mois, difficulté en avalant; sensation de corps étranger au fond de la gorge. Respiration moins libre.

Le malade consulte d'abord un médecin, qui lui prescrit un gargarisme au chlorate de potasse, pratique qui lui fait perdre un temps précieux.

Etat actuel. Le malade n'accuse aucune douleur dans la gorge ni vers l'oreille. C'est un homme à la face congestionnée, pourvu d'un embonpoint très considérable, habitué à vivre au grand air par sa profession. Il a souvent contracté des bronchites qui lui ont laissé de l'emphysème pulmonaire.

L'inspection de la bouche permet de reconnaître que l'amygdale et les piliers du côté droit sont le siège d'un gonflement considérable et recouverts d'ulcérations végétantes. La portion de la muqueuse buccale, qui confine à l'amygdale droite, est également envahie par l'ulcération cancéreuse.

Par le toucher, on constate une induration considérable de toutes les parties gonflées et ulcérées. En même temps, on constate que la base de la langue est également indurée.

Point d'hémorrhagies. Quelques ganglions durs dans les régions sous-maxillaire et carotidienne.

L'état général, sans être absolument mauvais, est médiocre; perte des forces, amaigrissement, anorexie. Néanmoins, M. Polaillon pense qu'une opération est indiquée.

Opération le 20 avril.

Un quart d'heure avant l'opération, administration de 2 grammes de chloral. Chloroformisation. Le malade est couché sur le dos, le cou soulevé, la tête renversée en arrière, la face inclinée du côté gauche. La poitrine, débarrassée d'un épais gilet de laine, est recouverte par une alèze; la température de la salle est peu élevée.

Incision de 8 centimètres d'étendue partant du cartilage thyroïde et aboutissant derrière l'angle de la mâchoire.

Le bord antérieur du sterno-mastoïdien étant incliné en dehors, M. Polaillon va à la recherche de la carotide externe. La ligature en est laborieuse, en raison de la profondeur de la plaie et de la présence de quatre ganglions assez volumineux, dont l'un paraît manifestement malade. La carotide externe est liée immédiatement au-dessous de sa première collatérale.

Ensuite, M. Polaillon pratique une seconde incision partant de la commissure labiale droite et allant rejoindre l'incision de la ligature à sa partie supérieure.

Dégagement des deux lambeaux : le supérieur est relevé à l'aide d'un crochet mousse; l'inférieur est abaissé.

Section du maxillaire inférieur. Résection du nerf lingual. Divulsion du maxillaire pour obtenir l'espace nécessaire à l'ablation. Un premier fil de platine du serre-nœud galvanique est passé avec un trocart au niveau de la base de la langue. Un second fil est placé en avant, de façon à circonscrire la portion malade de l'organe. Les deux fils sont roliés au galvano-cautère, et on pratique la section de cette portion de langue comprise entre les deux anses.

A l'aide du couteau galvanique, ablation de l'amygdale, de la portion voisine du pharynx et du voile du palais.

La plaie est largement lavée avec des éponges imbibées d'une solution phéniquée.

Suture du maxillaire inférieur, avec un gros fil d'argent. Suture métallique de la joue et des parties molles. Drainage de la plaie, au moyen de deux tubes de moyen calibre, placés dans l'incision cervicale.

Pansement de Lister.

Le soir de l'opération, le malade est très oppressé. De gros râles

s'entendent dans toute la poitrine, surtout du côté droit. Pas de snuffle tubaire.

Application de 60 ventouses sèches. Chloral: 1 gr. — T. 37° 8.

Le 21, le malade a un peu dormi. L'oppression a diminué.

Le pansement de Lister est renouvelé; les drains fonctionnent bien; le liquide phéniqué qu'on y injecte ressort par la cavité buccale. Irrigation de la bouche avec une solution phéniquée. Gargarismes antiseptiques. — T. 37° 8.

Le soir, le malade va assez bien. Il se plaint d'un ptyalisme abondant qui souille son pansement. — T. 37° 6.

Application de ventouses sèches. Lait, bouillon avec 4 jaunes d'œuf.

Le 22, la nuit a été meilleure que les précédentes. Moins de dyspnée, mais abattement très marqué. Râles de congestion pulmonaire, avec prédominance à droite.

Deuxième pansement. Irrigations buccales. Gargarismes alcoolisés. — T. 37° 4.

Le soir, dyspnée plus considérable. L'abattement s'accentue. Injections d'éther; 60 ventouses sèches.

Le malade a pris du bouillon avec des œufs. — T. 38°.

Le 23, dyspnée très intense. Cyanose de la face et des extrémités. Délire. A l'auscultation: râles abondants, souffle lointain au niveau de l'angle du scapulum. Le pansement est renouvelé. Injections d'éther; ventouses sèches sur le thorax et les membres inférieurs. — T. 39° 2.

Le malade meurt à une heure de l'après-midi.

Autopsie. — La plaie des parties molles est complétement réunie. Les poumons ont une couleur rouge vineuse. Leur densité est augmentée, mais ils surnagent dans l'eau. Tubercules crétacés au sommet droit.

Le poumon droit est le plus altéré; mais nulle part son tissu n'est assez friable pour pouvoir se déchirer avec le doigt. En somme, lésion d'une congestinn violente. Pas d'hépatisation.

Les bronches incisées ne contiennent, en aucun point, des parcelles alimentaires. On n'en trouve point non plus dans la trachée.

Le cœur est gros, graisseux. Les cavités gauches sont dilatées.

Le foie est gras, augmenté de volume.

Les reins ne présentent aucune lésions macroscopiques.

Le cerveau est congestionné.

Examen de l'artère liée. — Le fil est placé immédiatement audessous de la thyroïdienne supérieure, à un centimètre à peine de la bifurcation de la carotide primitive. L'artère est rétrécie par le fil constricteur de catgut, qui s'est résorbé, et dont il ne reste que le nœud. En incisant l'artère à ce niveau, on ne trouve point de caillot, ni dans le bout supérieur, ni dans le bout inférieur. La tunique externe est intacte; les tuniques, moyenne et interne, sont sectionnées, et, à ce niveau, la tunique externe adhère à elle-même de manière à oblitérer complétement la lumière du vaisseau.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Lettres à M. le docteur F. DE RANSE, *directeur de la* GAZETTE MÉDICALE, *sur la théorie du microzyma.*

SOMMAIRE. — Introduction. — Comment l'auteur a l'honneur d'écrire à M. de Ranse. — Une nouvelle conception de la vie. — Les qualités occultes et les idées intelligibles. — Une contradiction du système physiologique de Cl. Bernard. — Principe et idée qui peuvent la lever. — Postulat concernant l'organisation. — L'existence des microzymas contestée. — La naissance des bactéries à même les tissus est un fait acquis. — Ce qui est absurde et ce qui est raisonnable. — Théorie tissulaire et théorie cellulaire abandonnées. — La théorie du microzyma doit les remplacer. — Ce que sont les microzymas. — L'organisation et la vie dans le microzyma. — Parallèle entre l'atome vivant et l'atome brut. — Un pourquoi saugrenu: l'atome vivant se nourrit, l'atome brut ne se nourrit pas. — Résumé et conséquences.

Juin 1886.

Monsieur,

Un jour, il y a de cela près de cinq ans, après une séance de l'Académie de médecine où je venais de faire une Communication sur les microzymas, un monsieur, dont je ne connaissais encore que le nom respecté, me fit l'honneur de m'aborder. C'était M. Ferdinand de Launay. Je ne connaissais également Edouard Fournié que de réputation; M. de Launay me proposa gracieusement, dans l'intérêt de mes travaux, de nous mettre en relation, m'apprenant que Fournié avait souvent parlé de mes recherches comme en estimant l'importance au point de vue physiolsgique et médical. Grâce à la délicatesse de mon généreux introducteur, ces relations, cimentées par de communes aspirations scientifiques ou philosophiques et une mutuelle confiance, devinrent bientôt celles de la plus cordiale amitié. Edouard Fournié m'ouvrit la REVUE MÉDICALE et y publia une série déjà longue de Lettres qui furent la conséquence de notre commerce épistolaire et de nos entretiens.

La suite de ces Lettres a été interrompue par la mort prématurée de mon pauvre et cher ami. Leur publication allait même cesser, car la REVUE MÉDICALE elle-même, — cette Revue dont Fournié avait rajeuni les tendances en l'imprégnant de cet esprit positif et philosophique à la fois qui était le propre de son génie, — devait provisoirement cesser de paraître, comme si elle ne pouvait pas survivre à celui qui, ainsi que l'a justement fait observer M. de Launay, en fut le second fondateur. Heureusement pour moi, une active amitié veillait. En effet, peu de jours après la perte cruelle que nous venions de faire, comme nous sortions, vous et moi, de l'Académie, M. de Launay nous rejoignit, mit ma main dans la vôtre et vous demanda pour moi, en souvenir d'Edouard Fournié, l'autorisation de vous adresser la suite des Lettres que je ne savais où publier. Vous eûtes, incontinent, la générosité et le courage d'accepter. Je vous en exprime ma profonde gratitude.

Ce n'est pas cependant que nous fussions étrangers l'un à l'autre. Plusieurs fois déjà, sous votre plume savante et autorisée, bien longtemps avant que M. Pasteur formulât à son tour la doctrine du parasitisme général des maladies, la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS avait encouragé mes efforts. Plus tard, vous avez même hautement exprimé votre pensée sur ce grave problème: « quelque nom, disiez-vous, que l'on donne aux éléments de l'organisme dont les microbes trouvés dans les produits pathologiques semblent pouvoir dériver, on ne saurait, dans l'état actuel de la science, ne pas tenir grand compte de cette possibilité d'origine des microbes (1). » Enfin, dans les récentes discussions à l'Académie de médecine, vous avez prononcé un discours où, au nom de la véritable philosophie médicale, après avoir apprécié les faits qui font illusion aux parasitistes, vous arrivez à cette conclusion; « qu'une doctrine parasitaire exclusive ne saurait rendre compte de la genèse de toutes les maladies infectieuses (2). »

Je suis donc à l'aise pour vous adresser la suite des Lettres à Edouard Fournié, puisque je suis certain de ne blesser en rien vos tendances scientifiques ou philosophiques. Vos travaux m'en sont un sûr garant, pas plus que moi vous n'admet-

(1) GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, t. V, p. 218 (1883).

(2) BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, 2e série, t. XV, p. 321.

tez qu'il y ait incompatibilité entre une thèse philosophique et une thèse scientifique, quand l'une est fondée sur la raison des choses et l'antre sur la méthode expérimentale.

Ces Lettres seront donc écrites dans le même esprit que leurs devancières et je n'aurai pas à m'écarter du plan que je m'étais tracé. La méthode expérimentale y sera sans cesse honorée, car elle seule peut apprendre à bannir de la physiologie d'abord et de la médecine ensuite ces causes, qualités ou influences occultes dont les systèmes ne peuvent pas se passer et qu'ils imaginent pour expliquer les phénomènes.

Les dernières lettres à Fournié sont antérieures à la communication de M. A. Gautier sur les nouveaux alcaloïdes animaux qu'il a fait connaître. Vous savez à quelle occasion j'ai dû intervenir dans les débats suscités à l'Académie par certaines conclusions prématurément tirées par l'auteur de la découverte et comment, une fois de plus, le système microbien et la théorie du microzyma en sont venus aux prises. Par un singulier hasard, ces lettres ont été comme la préparation à mon intervention. La quarante et unième, la dernière, a été publiée le 6 mars; la suivante allait être expédiée lorsque la mort est venue surprendre l'ami qui devait la recevoir. C'est cette lettre que j'ai l'honneur de vous adresser; je la modifie seulement de façon qu'elle puisse servir d'introduction à l'exposition plus développée des questions que j'ai traitées à l'Académie et que je me propose de reprendre dans leur ensemble, surtout cette théorie générale de la nutrition, qui m'a permis de supprimer la fermentation comme phénomène d'ordre particulier et qui fait toucher du doigt l'erreur ancienne, partagée par M. A. Gautier, que la vie serait la putréfaction.

La vie! — malgré ce que j'en ai écrit dans les lettres à Fournié et malgré ce que j'en sais — je ne sais ce qu'elle est, mais je suis certain qu'elle n'a pas une cause occulte pour racine. Voici ce qu'en disait hier un publiciste très au courant des doctrines dominantes dans l'Ecole: « La vie est comme la concentration et le foyer de toutes les forces physiques et chimiques qui nous sont connues. » (1). Un foyer est un lieu; or, on ne dit pas quel est le lieu de la vie. Mais nous ne connaissons ces forces que par et dans la matière, à laquelle la vie elle-même est liée; mais celà ne revient-il pas à dire que la vie procède de la matière? non seulement la vie, mais le tout de l'être vivant et sa structure? Eh bien! d'une etude attentive des opinions de Cl. Bernard, il est résulté, pour moi, la preuve que l'illustre physiologiste voyait dans l'organisme vivant quelque chose de plus que la matière; quelque chose dont on s'obstine à vouloir se passer. Oui, c'est incontestable, Cl. Bernard, pour se séparer de l'Ecole matérialiste, admettait dans l'être vivant, depuis l'état de germe, quelque chose de distinct de la matière et n'en procédant point, savoir: une force, cause à la fois créatrice, formatrice de son organisation et directrice des phénomènes qui s'y manifestent pendant la vie. Cette force, que Cl. Bernard supposait réalisée pendant la vie seulement, il n'a dit ni ce qu'elle était, ni son origine, ni sa fin. Mais Henle, qui était à la fois anatomiste et histologiste, s'en est nettement expliqué.

« Ce qui forme et maintient l'organisme, disait-il, ce qu'on a appelé force vitale, puissance organisatrice, *nisus formativus*, etc., n'est point une force dans le sens des physiciens, une force qui existe nécessairement par le fait de l'existence de la matière, et qui soit indissolublement lié à cette matière. Ce quelque chose *ne périt pas* avec les individus, mais se montre primordialement et si constamment différent dans les différentes espèces, ou du moins dans les divers genres d'êtres animés, qu'on ne peut pas considérer les formations spécifiques comme émanées du conflit entre un principe organisateur simple et général et les agents variés de la création privée de vie. Je crois donc ne pouvoir mieux désigner ce principe agissant dans l'organisme qu'en l'appelant *idée de l'espèce*, et mon intention est d'exprimer par là ce qui le caractérise, savoir d'un côté la spontanéité et son *indépendance de la matière*; d'un autre côté, sa nature concrète. L'idée de l'espèce est en quelque sorte la forme préfixe sous laquelle croît le germe qui se développe en organisme. » (1).

Oui, Cl. Bernard admettait aussi que ce par quoi un être vivant est créé, conservé comme individu, perpétué comme espèce, était quelque chose qui n'avait rien de commun avec les forces physiques et chimiques, qui n'était pas indissolublement lié à la matière, mais se réalisait pendant la vie seulement. Mais qu'est-ce que tout celà, si ce n'est une de ces causes occultes que la méthode expérimentale ne peut avouer?

En astronomie, selon une remarque de Laplace, Descartes substitua aux qualités occultes des péripatéticiens les idées intelligibles de mouvement, d'impulsion, de force centrifuge sur lesquelles il fonda son système des tourbillons; Newton leur substitua la gravitation universelle et fonda la théorie du système du monde. Lavoisier fonda la chimie scientifique sur la notion de l'autonomie, de l'indestructibilité de la matière et sur la notion de quantité et de poids. La physique, appuyée sur le principe de Lavoisier, est fondée sur la notion de l'indestructibilité de la force et des transformations du mouvement.

Cl. Bernard aurait bien voulu asseoir la physiologie sur un principe du même ordre, afin de la débarrasser des qualités occultes des péripatéticiens. On constate en effet dans ses écrits l'admission d'une autre hypothèse, contradictoire avec celle-là, celle suivant laquelle la vie serait le résultat d'un conflit purement matériel entre le milieu intérieur et le milieu extérieur. Il admettait ainsi, d'une part, que le Tout de l'être vivant procède uniquement de la matière, et d'autre part que ce Tout ne serait pas vivant sans la réalisation d'une cause, d'une force extra-matérielle.

C'est cette contradiction — qu'il est si facile de découvrir dans les écrits dogmatiques de l'illustre physiologiste, et plus ou moins dans ceux de tous les protoplasmistes — que je me propose depuis longtemps de faire cesser. Est-ce possible?

Oui, sans rien sacrifier des grandes et traditionnelles vérités philosophiques et d'observation qui sont la gloire et l'honneur de la médecine, mais en leur fournissant un solide appui, il est maintenant possible de doter la physiologie et, par suite, la médecine elle-même, de leur véritable principe, en substituant aux causes, qualités ou influences occultes, une idée intelligible analogue à celle qui a transformé les autres sciences.

Ce principe et cette idée, quels sont-ils?

Ils sont contenus dans un postulat, pour moi depuis longtemps démontré et évident comme un axiome, que voici:

Les microzymas sont au commencement et à la fin de toute

(1) Le TEMPS, 8 juin 1886.

(1) Henle: *Traité d'anatomie générale*, t. I, p. 223. Traduit par A.-J.-L. Jourdan.

organisation. Ils sont ce par quoi un organisme, une cellule, un tissu, sont vivants (1).

Cet énoncé me paraît assez clair; mais après les discussions récentes avec les sectateurs des doctrines microbiennes, il peut être nécessaire d'en préciser encore mieux le sens.

C'est évident, nous ne reconnaissons comme vivant que ce que nous disons être doué d'organisation; c'est là une vérité de sens commun. Lorsque le postulat énonce qu'un être organisé n'est vivant que grâce aux microzymas qui le composent, c'est donc que ceux-ci sont organisés et vivants; et s'ils sont au début et à la fin de toute organisation, c'est qu'ils ont une organisation et une vie propres, indépendantes de celles de l'être organisé qui les contient et que, physiologiquement, ils sont tels qu'ils ne meurent pas en même temps que cet être meurt et se détruit.

Il suit de là que, pour avoir l'idée nette de l'organisation dans les êtres vivants, en général, il faut avant tout connaître les microzymas et être convaincu qu'ils existent.

Or, leur existence même est contestée : on l'a bien vu dans mes récentes discussions avec MM. Cornil et Pasteur, les sectateurs des doctrines microbiennes prétendent que les microzymas sont « imaginaires, des êtres de fantaisie ». Mais je leur ai prouvé que leurs propres observations leur donnaient tort (2). Non seulement les microzymas existent, tangibles, pondérables, mesurables et actifs, mais leur existence même est une nécessité qu'ils ne peuvent plus dissimuler. Je l'ai dit à l'Académie, sans l'existence des microzymas, les expériences actuelles de M. Pasteur sur la rage seraient encore plus téméraires qu'elles ne sont empiriques (3).

Dans les discussions dont je viens de parler, M. Pasteur a eu un mot étonnant de naïveté et d'urbanité ; il a dit que « je lui répétais *à satiété* depuis des années » (4) les faits sur lesquels la théorie du microzyma repose. Je comprends à merveille l'ennui que mon persévérant contradicteur éprouve de s'entendre répéter la même vérité; cela prouve au moins que ce n'est pas d'hier que date notre désaccord. Son ennui vient surtout de ce que l'existence des microzymas, avec la signification que le postulat affirme, ruine par la base son système physiologique. En effet, M. Pasteur prétend avoir démontré que l'intérieur du corps, comparable en cela à une outre remplie de vin ou de bière, ne contient que de la matière sans vie propre, douée seulement de *vertus de transformations que l'ébullition détruit*, ne contenant rien de susceptible de devenir vibrionien par évolution, c'est-à-dire point de germes de bactéries, attendu que, dans l'état de santé, le corps est fermé aux germes de l'air. Or, il est démontré, non seulement par moi, mais confirmé par d'autres observateurs, par les amis même de M. Pasteur, que des vibrioniens peuvent naître à même les tissus sains d'êtres vivants en santé. Si les vibrioniens ainsi développés ne sont pas les fruits de la génération spontanée, quoi les produit ? Selon moi, ce sont les microzymas normaux de ces tissus qui le deviennent par évolution. Et que répondent ceux qui nient les microzymas avec la signification du postulat ? Le voici : malgré la fermeture du corps, *que le maître avait démontrée*, ils soutiennent que les bactéries proviennent des germes de ces bactéries, ou de schizomycètes, qui y auraient pénétré de l'extérieur et qui vivent en nous en parasites ! D'autres soutiennent que les microzymas sont des microcoques, des parasites également venus du dehors. De sorte que si, pour faire plaisir à M. Pasteur, je consentais à dire que les microzymas sont des micrococcus, des germes qui ont pénétré de l'air en nous, M. Pasteur renoncerait à sa *démonstration* de la fermeture du corps et nous serions d'accord. Mais le bon sens m'empêche de commettre cette faute en celant la vérité.

A. Béchamps.

(*A suivre.*)

(1) Pour la démonstration de ce postulat, voir en particulier ma Communication, intitulée : « Les microzymas sont-ils des organismes vivants? » Bulletin de l'Académie de médecine, 2e série, t. XI, p. 497, 1882.

(2) Ibidem, 2e série, t. XV, p. 666 et 680.

(3) Ibidem, p. 582.

(4) Bulletin de l'Académie de médecine, 2e série, t. XV, p. 679.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie du système nerveux

Suite et fin. — Voir les numéros 28 et 29

X. Sur le phénomène du genou, par le docteur Zenner, de Cincinnati (*Neurologisches Centralblatt*, 1886, n° 14, p. 316). — XI. Paralysie des dilatateurs de la glotte, comme symptôme initial du tabes, par le professeur Weil, de Heidelberg (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 13, p. 197). — XII. Sur quelques manifestations initiales rares de la paralysie générale des aliénés, par le docteur Pelizaeus (*Neurologisches Centralblatt*, 1886, n° 10, p. 223). — XIII. Amaurose double survenant par accès dans un cas d'épilepsie, par le docteur Heinemann (*Virchow's Archiv*, t. CII, fasc. 3, p. 522, 1885). — XIV. Epilepsie acétonurique. Contribution à l'étude des intoxications autochtones, par le docteur von Jaksch (*Zeitschrift für klin. Medicin.*, t. X, fasc. 4, p. 362, 1885). — Indications bibliographiques.

X. M. Zenner a examiné l'état du phénomène du genou chez 2,174 sujets, dont 1,174 pensionnaires d'un asile d'aliénés, les autres paraissant pour la plupart jouir d'une santé parfaite. Sur les 1,174 aliénés, il s'en est trouvé 23 avec abolition du phénomène du genou; 10 de ces 23 malades étaient atteints de paralysie générale (affection qui s'associe assez souvent au tabes), et tous, sauf 1, présentaient en outre du myosis spinal.

Chez les 1,000 autres sujets, l'abolition du phénomène du genou a été notée cinq fois; chez deux individus, elle coïncidait avec d'autres manifestations d'un tabes commençant.

Pour ces recherches, l'auteur s'est servi du procédé de Jendrassik.

XI. M. Weil passe en revue les principales publications parues jusqu'à ce jour et ayant trait à l'étude des crises laryngées dans les cas de tabes. Il montre que les crises laryngées peuvent se développer chez les tabétiques indépendamment de toute paralysie des cordes vocales, et réciproquement. L'auteur a observé récemment un marin âgé de 49 ans, qui a eu un premier accès de dyspnée il y a environ un an, à la suite d'une grande émotion Ce premier accès a duré dix minutes environ. Au commencement de cette année, le malade, après une course rapide, a eu un second accès semblable, mais de plus courte durée. La respiration, pendant l'accès, était stertoreuse; la voix restait claire. L'examen

laryngoscopique révéla l'existence d'une paralysie des deux cordes vocales. Le malade avait été traité par différents médecins pour un asthme cardiaque (digitale). En l'examinant avec beaucoup de soin, M. Weil n'eût pas de peine à se convaincre que le malade était affecté du tabes, car avec la paralysie des cordes vocales coïncidait l'abolition du phénomène du genou, la paralysie du sphincter de l'iris, un certain degré d'ataxie dans les quatre membres, avec impossibilité de se tenir d'aplomb, les yeux fermés, de l'anesthésie aux extrémités des doigts. Le malade avait eu des ulcérations aux parties génitales, et un bubon snppuré, de chaque côté, trois années auparavant. Ces accidents furent considérés comme étant d'origine syphilitique et traités pour tels. Environ vers l'époque du premier accès dyspnéique, le malade avait ressenti dans les membres des douleurs *rhumatoïdes*, qui se sont reproduites de temps en temps; autrement dit, le tabes, chez ce malade, a débuté à la fois par des douleurs fulgurantes et des accidents dyspnéiques en rapport avec une paralysie des dilatateurs de la glotte, genre de manifestation dont on avait déjà cité des exemples en France et en Allemagne (voir RAYMOND, article : *Tabes*. In DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES).

XII. Pelizaeus relate un fait du même genre : Un malade qui présentait des symptômes du *tabes dorsalis*, dont quelques-uns d'ordre bulbaire, avait en outre le son de la voix très affaibli et passant souvent au timbre du fausset. La maladie alla en s'aggravant, et on eut occasion de constater dans la suite, à l'aide du larygoscope, la paralysie de la corde vocale droite.

Chez un autre malade, qui était à la première période de la paralysie générale, la voix, pendant la conversation, s'élevait des notes les plus basses aux notes les plus élevées du registre. C'était, pendant quelques minutes, une voix de basse, puis subitement une voix de fausset. à la suite d'un séjour de quelques semaines dans une maison de santé, l'état du malade subit une amélioration notable et la voix redevenait normale pendant des heures. Puis les choses allèrent de nouveau en s'aggravant. Il fut impossible de constater l'existence d'une paralysie des cordes vocales; celles-ci, pendant l'examen laryngoscopique, se serraient l'une contre l'autre, et leur aspect n'offrait rien d'insolite.

Enfin, chez un autre malade, une sialorrhée rebelle, avec douleurs dans le cou et dysphagie, précéda de plusieurs semaines l'apparition des premiers symptômes vulgaires de la paralysie générale, Pendant un séjour de huit semaines dans une maison de santé, les symptômes cérébraux s'amendèrent au point que la femme du malade crut à une guérison. La sialorrhée persistait; elle n'avait été aucunement influencée par la galvanisation du grand sympathique au cou.

XIII. Une femme qui ne présentait pas d'antécédents héréditaires névropathiques, eut, à l'âge de 30 ans, à la suite d'une frayeur, une première attaque d'épilepsie, qui se renouvela dans la suite tous les trois jours, entre 7 et 8 heures du soir. Au bout de deux ans de durée, l'épilepsie se compliqua d'une amaurose double, qui survenait également par accès, débutant une heure avant l'attaque convulsive, pour finir avec celle-ci.

A l'époque où cette femme fut examinée pour la première fois par M. Heinemann, la maladie durait depuis cinq ans. Dans l'intervalle des attaques, le fond de l'œil, examiné à l'ophtalmoscope, ne présentait absolument rien d'anormal. Le traitement consista en affusions froides (tous les matins) sur la tête et la nuque; de temps en temps, application de 4 ventouses scarifiées sur la nuque; bromure de potassium à doses progressivement croissantes. Ce traitement, continué avec persévérance pendant dix-huit mois, procura une amélioration de plus en plus marquée. La malade n'avait plus de grandes attaques convulsivee, mais seulement, à des intervalles de temps plus ou moins éloignés, des accès d'amaurose avec ou sans perte de connaissance. Cette femme se maria; après ses premières couches, elle fut complètement débarrassée de ses accidents épileptiformes. La guérison se maintint pendant neuf ans.

En 1882, à la suite de chagrins de famille, nouvelle attaque convulsive, complete, mais sans amaurose, suivie, à 12 jours de distance, d'une seconde attaque, avec amaurose. Celle-ci se reproduisit ensuite par accès presque quotidiens, accompagnés assez souvent de perte de connaissance. Presque jamais de convulsions.

L'examen ophthalmoscopique (1883) fit constater un rétrécissement du champ visuel, à limites très irrégulières, qui augmentait sensiblement pendant les accès d'amaurose, en même temps que la rétine était envahie par une ischémie complète. Depuis quelque temps d'ailleurs, la malade, au début de chaque accès d'amaurose, manifestait de la photophobie et ressentait des douleurs dans les yeux, à l'approche d'une lumière; avec cela, ptosis à droite, douleurs dans le bras droit et affaiblissement de la mémoire; acuité visuelle normale.

L'auteur incline à croire que chez cette malade les accidents épileptiformes, y compris l'amaurose, étaient en rapport avec une tumeur intra-crâoienne qui s'est développée très lentement; que la photophobie notée au début des accès d'amaurose était le résultat d'une irritabilité anormale des filets sensitifs de l'œil, conséquence de l'ischémie. Toujours est-il que cette observation est peut-être l'unique exemple connu d'amaurose paroxystique evoluant sous les allures de l'épilepsie.

XIV. M. VON JAKSCH passe en revue les principaux types d'intoxications autochtones, au nombre de quatre : l'urémie, l'ammoniémie, la diacéturie et l'acétonurie. Cette dernière, caractérisée par l'apparition d'une notable quantité d'acétone dans les urines, s'observe très rarement; sur un total d'environ 7,500 malades qui ont paeeé par la clinique du professeur Nothnagel, de Vienne, pendant une période de cinq années, M. Jaksch n'en a rencontré que quatre exemples, dont un présenta cet intérêt exceptionnel que chez lui, l'apparition de l'acétone dans l'urine coïncidait avec de grandes attaques convulsives, épileptiformes. Ce fait conduit l'auteur à examiner les rapports de l'épilepsie et de l'acétonurie. Des expériences, qu'il fait connaître en détail, lui ont fourni la preuve qu'on peut développer des convulsions toniques et des accidents comateux chez les animaux, en leur faisant respirer des vapeurs d'acétone; mais les accidents qui naissent dans ces conditions diffèrent des attaques épileptiformes. Néanmoins M. Von Jakech conclut à l'existence d'une épilepsie acétonurique.

L'auteur examine ensuite quels processus de fermentation il y a lieu de faire intervenir pour expliquer la formation spontanée de l'acétone dane l'organisme animal.

E. RICKLIN.

TRAVAUX A CONSULTER

Un cas de tubercule du pont de Varole, par L. BRUNS (NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT, 1886, n° 7, p. 151 et n° 8, p. 169).

Trois cas de paralysie croisée (de Brown-Séquard) *avec remarques sur l'état des réflexes tendineux, etc.*, par HOFFMANN (DEUTSCHE ARCHIV FÜR KLIN. MEDICIN., t. XXXVIII, fasc. 6, p. 587).

Un cas de tabes dorsalis compliqué de diabète sucré, par le docteur A. REUMONT (BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1886, n° 13).

Sur les affections hystériques survenant dans l'armée, par le docteur OSERETZKOWSKI (MEDICINSKOJE OBOSRENIE, 1886, n° 4).

Un cas d'hystéro-épilepsie chez un homme, par J. OLIVER (BRAIN, 1885, p. 397-400).

Sur les altérations histologiques dans la sclérose en plaques, par le docteur KŒPPEN (ARCHIV. FÜR PSYCHIATRIE, t. XVII, 1886, fasc. 1, p. 63).

BIBLIOGRAPHIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYMPHYSE CARDIAQUE, par M. le docteur MOREL-LAVALLÉE, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Th. de Paris, 1886.

Dans cet intéressant travail, M. Morel-Lavallée a cherché à éclaircir un point important de pathologie dont le diagnostic présente souvent de grandes difficultés. Grâce à des recherches expérimentales, à des observations nouvelles suivies d'autopsie, l'auteur a pu jeter un jour nouveau sur cette question et arriver à des conclusions.

Après être entré dans des considérations sur la physiologie normale et pathogène du péricarde, l'auteur étudie les lésions rencontrées dans la symphyse cardiaque.

Les adhérences du péricarde peuvent se présenter sous des aspects absolument différents : elles sont *généralisées* ou *partielles*, et se laissent rompre plus ou moins facilement. Ordinairement elles sont partielles et siègent surtout aux endroits les moins mobiles du cœur, sur les gros vaisseaux, aux points les plus déclives du péricarde, là où l'épanchement a persisté le plus longtemps, et aux points où le frottement du cœur rencontre la plus grande résistance.

Au milieu de la sclérose péricardique peuvent se rencontrer des produits spéciaux, concrétions calcaires ossiformes. La calcification du péricarde est le résultat de la pyopéricardite, par suite de la caséification, puis de la calcification du pus.

Le cœur est hypertrophié, dilaté ; il existe des lésions valvulaires ; le myocarde est altéré.

Les causes de la symphyse cardiaque seraient le rhumatisme, la tuberculose, l'alcoolisme, etc.

Les adhérences péricardiques se rencontrent à tout âge, mais elles présentent leur maximum de fréquence dans la seconde enfance et l'adolescence.

Les symptômes sont très variables ; la maladie pouvait même, dans certains cas, passer inaperçue. Les auteurs signalent la *voussure précordiale*, si le cœur est hypertrophié ; la *diminution de la saillie* inspiratoire du côté gauche, la *dépression de la région précordiale*. La dépression systolique, qui peut être limitée à la pointe ou se produire sur plusieurs espaces, est un signe d'une grande valeur, mais qui n'est pas pathognomonique. Il en est de même de l'*ondulation* ou frémissement vibratoire de la paroi. On voit à chaque révolution cardiaque les ondes tremblotantes, qui souvent dépassent la région précordiale, se propager dans un sens et revenir ensuite sur elles-mêmes.

Presque toujours, on perçoit à la palpation un affaiblissement du choc systolique. La matité cardiaque est augmentée, mais le plus souvent elle est due à l'hypertrophie du cœur.

L'auscultation fournit des signes très inconstants : tantôt il existe un affaiblissement ou même une extinction du deuxième bruit (Aran); tantôt on trouve qu'il y a un bruit surajouté, ou une consonnance métallique (Riess). Souvent on ne perçoit aucun bruit normal. Quand le jeu du cœur devient tout à fait compromis, les battements sont confus, tumultueux et indistincts.

Certains auteurs ont décrit des bruits morbides dus à la symphyse : Betz a entendu un bruit systolique, latéro-sternal gauche ; M. le professeur G. Sée parle du frottement à timbre de souffle qui se rencontre dans les péricardites plastiques.

Les insuffisances d'orifices secondaires à la dilatation des ventricules produiront des bruits de souffle.

Le *pouls paradoxal* de Kussmaul, le *collapsus général* des veines cervicales avec dégagement rapide, de Friedreich, sont des symptômes qui sont loin d'avoir la valeur que leur avaient assigné les auteurs.

Le *pouls*, dans la symphyse cardiaque, n'offre en général rien de spécial. Cependant, pour M. Morel-Lavallée, les signes fournis par les artères sont en désaccord plus ou moins complet avec ceux que donnent l'examen et l'auscultation du cœur.

Les signes indiqués par Forget, battements tumultueux du cœur, pouls petit et irrégulier, anxiété précordiale, dyspnée, œdèmes, cyanose, accidents pulmonaires, sont des symptômes qui se voient dans toutes les affections du cœur.

En résumé, la symphyse cardiaque restera presque forcément méconnue dans un certain nombre de cas ; dans d'autres, elle sera latente, c'est-à-dire qu'elle se manifestera par des signes assez obscurs.

Dans la symphyse cardiaque, la fin la plus ordinaire est l'*asystolie*, qu'elle survienne soit progressivement par l'effet de la myocardite, de la dilatation et des insuffisances secondaires, soit d'une façon aiguë, par le fait d'une maladie intéressant l'appareil cardio-respiratoire. Le malade peut mourir subitement d'angine de poitrine.

Deux affections surtout peuvent donner lieu à une erreur de diagnostic, la *myocardite* et la *péricardite avec épanchement*.

Les phénomènes qui doivent faire porter un pronostic grave sont : la cessation du retrait systolique de la pointe, l'existence des signes d'une lésion valvulaire, les complications pulmonaires, l'angine de poitrine.

La symphyse cardiaque est d'autant plus grave qu'elle a été acquise à un âge plus jeune, dans le cours même d'une affection aiguë

A. MARTHA.

REVUE DES THÈSES

D'UNE VARIÉTÉ D'EXANTHÈME OBSERVÉE DANS L'EMBARRAS GASTRIQUE AIGU FÉBRILE *(Fièvre gastrique, fièvre sinoque)*, par le docteur GEORGEE HERBLAND-MORIN. — Th. de Paris.

Pour M. G. Herbland-Morin, on devrait séparer nosologiquement l'embarras gastrique de la fièvre gastrique. L'embarras gastrique est une affection de cause locale, tandis que la fièvre gastrique serait une maladie générale, de nature probablement infectieuse. Dans la fièvre gastrique, on peut observer un exanthème papuleux, fugace, généralement très discret. Si cet exanthème n'est pas constant, il serait du moins très fréquent, et, ponr M. G. Herbland-Morin, l'existence de cet exanthème indiquerait bien que la fièvre gastrique est une maladie générale.

A l'appui de son opinion, l'auteur rapporte sept observations, dont six lui sont personnelles. Ce chiffre n'est-il pas peut-être insuffisant pour motiver la création d'une nouvelle fièvre exanthématique, d'autant mieux que, pour certains praticiens, les symptômes décrits dans les observations pourraient se rapprocher singulièrement des éruptions d'urticaire fébrile et d'érythème papuleux liées à la dyspepsie.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

ETUDE CRITIQUE DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE ET DE L'OPÉRATION DE PORRO, par le docteur Edouard BOUNON. — Paris, Delahaye, 1885.

L'auteur montre que les dangers de l'hystérotomie peuvent être tous évités. — Il met en relief la nécessité de l'antiseptie et des sutures utérines, insiste sur le manuel opératoire, et indique les cas où l'on doit préférer l'opération de Porro à l'opération césarienne.

Cette thèse tend à réhabiliter l'opération césarienne. — Elle est très instructive et au courant des progrès accomplis dans les dernières années.

LE POULS PUERPÉRAL PHYSIOLOGIQUE (avec 112 planches intercalées dans le texte), par le docteur Pierre LOUGE. — 1886. — Paris.

Thèse volumineuse, remplie de faits; en voici les principales conclusions :

Le pouls radial, dans les trois premiers mois de la grossesse, est fréquent et régulier, 86 pulsations par minute ; dans les trois suivants, même fréquence, mais plus plein, moins dépressible; dans les trois derniers mois, il est encore plus dur et présente au sphygmographe une ligne d'ascension peu élevée, au sommet arrondi.

Les caractères du pouls ne peuvent pas suffire à diagnostiquer la grossesse.

Pendant les contractions utérines du travail, le pouls est dur et augmente de 15 à 20 pulsations par minute. Dans l'intervalle des contractions, le pouls est lent.

Après la sortie du fœtus, pouls fréquent mais mou, dépressible. Pendant le *frisson physiologique* qui suit la délivrance, le pouls augmente de fréquence, de 100 à 120 pulsations; pendant les couches, ralentissement du pouls. Au moment de la montée laiteuse, on observe, en général, une accélération de fréquence du pouls.

Les recherches entreprises par l'auteur ont été faites avec le plus grand soin, et on doit le remercier de la persévérance qu'il a mise à élucider bien des points restés douteux jusqu'à ce jour.

MARIUS REY.

NOTES & INFORMATIONS

Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante relative à l'officiat de santé.

Monsieur le Recteur,

Le décret du 1er août 1883, déterminant les conditions d'études et d'admission au grade d'officier de santé, décide qu'à partir du 1er novembre 1886 le régime établi par ce décret sera mis en vigueur.

Il convient de déterminer quelle sera la situation des étudiants appartenant à l'ancien régime qui, à cette époque, n'auront pas terminé leurs études.

Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves peuvent être classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer.

I. Etudiants qui, ayant commencé leurs études avant le 1er novembre 1883, seront pourvus, à la fin de l'année scolaire 1885-1886 : 1o Dans les Facultés et dans les Ecoles de plein exercice, d'un certain nombre d'inscriptions, inférieur à douze ; 2o Dans les Ecoles préparatoires, d'un certain nombre d'inscriptions inférieur à quatorze.	Avant d'être admis aux examens définitifs, ces étudiants prendront régulièrement seize inscriptions aux époques trimestrielles réglementaires, et subiront les examens de fin d'année correspondant à leur scolarité, d'après le programme établi par le décret du 1er août 1883.
II. Étudiants qui, pourvus de douze inscriptions de Faculté ou d'Ecole de plein exercice, ou de quatorze inscriptions d'Ecole préparatoire, n'auraient subi aucun examen définitif ou qui auraient été ajournés au premier examen définitif à la fin de l'année scolaire 1885-1886.	Ces étudiants seront dispensés du troisième examen de fin d'année et seront admis à subir immédiatement les examens définitifs, conformément au programme établi par le décret du 1er août 1883.
III. Etudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, auraient subi avec succès le premier ou le deuxième examen définitif ou qui seraient sous le coup d'un échec au deuxième ou au troisième examen définitif.	1o Les étudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, auraient subi avec succès le premier ou le deuxième examen définitif conserveront le bénéfice de ces examens, mais ils seront soumis au nouveau programme pour les examens ou l'examen qu'ils auront encore à subir. 2o Les étudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, seraient sous le coup d'un échec au deuxième ou troisième examen définitif seront également soumis au nouveau programme.

Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les doyens et directeurs des Facultés ou Écoles de votre ressort académique et de veiller à leur exécution.

Paris, le 12 juillet 1886.

— Dans l'une de ses dernières séances, le Conseil muni-

cipal de Paris a voté une subvention annuelle de 12,000 fr. à la station physiologique du Parc des Princes, dirigée par M. Marey, professeur au Collège de France.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Charles Copin, décédé à Escaudain le 13 juillet, à l'âge de 53 ans.

— M. Jean Dussaud, interne à l'asile des Enfants-Assistés, vient de mourir d'une angine couenneuse contractée en pratiquant la trachéotomie à des enfants atteints du croup, et il a été enlevé en vingt-quatre heures. Les obsèques ont eu lieu hier.

Le deuil était conduit par M. Dussaud père, médecin à Nîmes.

Le directeur de l'Assistance publique, les hauts fonctionnaires de l'administration, MM. Favalelli, secrétaire général de la préfecture de la Seine; Bezançon, représentant le préfet de police; une députation des élèves internes des hôpitaux, une députation des élèves de la Faculté de médecine ont suivi le corbillard.

Deux discours ont été prononcés au nom de l'administration et au nom des élèves internes.

Une plaque commémorative sera posée à l'asile des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau; elle portera l'inscription:

Jean Dussaud
Mort victime de son dévouement
20 juillet 1886
PARIS

***

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Verneuil est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1886-1887.

***

— Par arrêté ministériel en date du 19 juillet 1886, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes est autorisée, à partir du 1er novembre 1886, à jouir des droits conférés aux Écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du 1er août 1883.

***

Hôpitaux de Paris. — A la suite des trois épreuves éliminatoires du concours ouvert le 31 mai dernier pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris, les huit candidats dont les noms suivent ont seuls été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont, classés par ordre alphabétique, MM. les docteurs Barette, Bazy, Jarjavay, Marchand, Michaux, Petit-Vendol, Poirier et Ramonède.

La première épreuve définitive (une composition écrite sur un sujet d'anatomie normale et un sujet de pathologie) a eu lieu mercredi à quatre heures; les questions données ont été: 1o Gaines tendineuses du poignet; 2o De la synovite des gaines tendineuses.

— Le concours pour la nomination à deux places de médecins des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé vendredi soir, par la nomination de MM. les docteurs Hirtz (Edgard) et Gaucher.

***

Légion d'honneur. — Par décret en date du 21 juillet, ont été nommés au grade de chevalier dans l'Ordre de la Légion d'honneur :

M. Blanc, médecin sanitaire à Suez; M. David, docteur médecin, à Paris.

***

— Par arrêtés ministériels, en date du 12 juillet 1886, ont été nommés :

1o *Officier de l'instruction publique.* — MM. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Anvray, professeur à l'École de médecine de Caen; Cauhet, directeur de l'École de médecine de Toulouse; Chenantais, professeur à l'École de médecine de Nantes; Henrot, professeur à l'École de médecine de Reims; Künckel, aide-naturaliste au Muséum; Madoulé, secrétaire de l'École de pharmacie de Paris.

2o *Officiers d'Académie.*—MM. Badal, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Soulier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Douet, professeur à l'École de médecine d'Angers; Fouriaux, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand; Lemaistre, professeur à l'École de médecine de Limoges; Monfort, professeur à l'École de médecine de Nantes; Godfrin, professeur à l'École de pharmacie de Nancy; E. Maurel, médecin principal de la marine; Ravay, pharmacien, professeur de la marine; le docteur Limarès, membre de Mission française au Maroc; Longuet, chirurgien en chef des hôpitaux de Bourges; le docteur Dubrisay, délégué cantonal à Paris; Gouault, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris; le docteur Arsonneaux, maire de Semillac; le docteur Maur, maire de Plaisance (Gers); le docteur Ravary, médecin du bureau de bienfaisance d'Issy; le docteur Simon, maire de Ribérac; les docteurs Degoix, Desfossés, Didsbury, Jamain, Labone, Rey et Vaissette, à Paris; le docteur Tagnard, ancien maire de La Mure; le docteur Bartin, délégué cantonal à Chauriat; le docteur Lépagnole, à Saint-Ferjeux; Locour, pharmacien-major à l'hôpital d'Oran; Nicot, pharmacien à Paris; Lesourd, pharmacien à la Flèche; Bois, aide-naturaliste au Muséum; Lacroix, préparateur au Collège de France.

***

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 13 juillet 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. Galliot, Danguy-Desdéserts et Jacquemin.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Pichon et Touchet.

Au grade de pharmacien principal. — MM. Raoul et Castaing.

Au grade de pharmacien de première classe. — M. Lejanne.

***

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 5 juillet 1886, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe* : M. Paul Berger.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. Gervais.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe* : M. Lemaistre.

Au grade de médecin aide-major de première classe.—MM. Lapoule, Chénieux, Queyssac, Lahrousse-Coulon, Lagrange, Carrier.

13e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe* : M. Barbat.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe* : M. Heckel.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. Tribes.

Au grade de médecin aide-major de première classe.—MM. Clément, Auzilhon, Imbert, Basset, Picherat, Loro.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. Vidal, Caillot de Poncy.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 11 au samedi 17 juillet 1886

Fièvre typhoïde 11.—Variole 3.— Rougeole 34.—Scarlatine 11. — Coqueluche 16. — Dipthérie, croup 21. — Choléra 0. — Dy-

sentérie 1. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 25. — Phthisie pulmonaire 170. — Autres tuberculoses 24. — Autres affections générales 63. — Malformation et débilité des âges extrêmes 33. — Bronchite aiguë 21. — Pneumonie 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 78. — au sein et mixte 42. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 84. — de l'appareil circulatoire 48. — de l'appareil respiratoire 57. — de l'appareil digestif 44. — de l'appareil génito-urinaire 27. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 41. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 979 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Pathogénie des néphrites, par le docteur Gaucher, chef de laboratoire de clinique médicale de la Charité. Un vol. in-8 de 135 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Coxotuberculose (Leçons faites à la Faculté de médecine), par le professeur Lannelongue, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Trousseau, recueillies par le docteur Ménard, chef de clinique de la Faculté. Un volume in-8, avec 35 figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie. — Prix : 12 fr. — Paris. Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES LARGES ABLATIONS DE CANCERS DE LA BOUCHE, DE L'ISTHME DU GOSIER ET DU PHARYNX,

par le docteur POLAILLON, chirurgien de la Pitié, agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Suite et fin.— Voir les numéros 29 et 30.

C. Opération de cancers comprenant les lèvres, la joue ou la langue, avec résection du maxillaire inférieur.

6 opérés : 4 guéris ; 2 morts.

OBS. X. — Le nommé Louis, âgé de 55 ans, journalier, entre, le 30 mai 1881, à la Pitié, lit n° 42.

Il y a un mois et demi, il s'est aperçu qu'il avait des plaques blanches à la face interne des joues et que les mouvements de sa langue étaient gênés. Huit jours après, il sent une tumeur sous la langue. La mastication et la phonation deviennent douloureuses et pénibles. Douleurs dans l'oreille droite.

Comme le malade a eu la syphilis, on essaie pendant quelques jours le traitement spécifique, qui ne donne aucun résultat. Il est évident qu'on a affaire à un cancer à marche très rapide.

Le cancer comprend le plancher de la bouche et la moitié droite de la langue. Il adhère au maxillaire inférieur.

Le 11 juin, chloroformisation Incision partant de la commissure droite pour gagner l'angle de la mâchoire. Abaissement du lambeau pour mettre à nu le maxillaire inférieur. Section avec la scie à chaîne des deux tiers de la portion horizontale de cet os, au trait de scie portant au niveau de la deuxième petite molaire à droite et au niveau de la branche montante à gauche. Ablation, avec l'anse du serre-nœud galvanique, du plancher de la bouche et de toute la portion altérée de la langue. Suture du lambeau Pansement de Lister.

Gargarismes alcoolisés. Irrigations antiseptiques dans la bouche.

Le malade va bien pendant les premiers jours. Mais un point de suture s'étant désuni, une portion des aliments et des boissons s'écoule au dehors. J'ai alors recours à l'alimentation avec la sonde œsophagienne.

Le 21 juin, fièvre. T. matin, 38° ; soir, 39o. Les aliments introduits par la sonde œsophagienne sont mal supportés.

Le 25 juin, phlegmon parotidien à droite. Le lendemain, l'inflammation phlegmoneuse a gagné le cou et la joue correspondante. La température se maintient au-dessus de 38°.

L'alimentation, qui se compose exclusivement de lait, de consommés et d'œufs, est très difficile.

Le 1er juillet, grands frissons, dyspnée, fièvre. Temp., 40°,1.

Le 2 juillet, nouveaux frissons Diarrhée. T., 39°,1.

Malgré le mauvais état général, les incisions se sont cicatrisées, et la plaie ne communique plus avec la cavité buccale.

On combat la fièvre avec du sulfate de quinine.

Le 23 juillet, l'état général s'aggrave encore ; bouffissure de la face. Inappétence complète. Les frissons continuent.

Le 25 juillet, le malade vomit tous ses aliments. Diarrhée.

Le 2 août, mort cinquante-trois jours après l'opération.

A l'*autopsie*, on trouve des abcès métastatiques disséminés dans les deux poumons et des tubercules crétacés dans les sommets.

La rate est très diffluente, mais ne présente pas d'abcès.

Les autres organes, foie, cœur, reins, encéphale, sont sains.

La cicatrisation de l'opération est complète, et il n'y a pas de récidive dans les tissus voisins.

Malgré ce succès opératoire, nous n'hésitons pas à ranger cette observation parmi les revers, et à considérer le malade comme ayant succombé à une infection purulente à marche lente.

OBS. XI. — Le nommé Jacquet (Auguste), 63 ans, garçon de magasin, entre le 7 avril 1884, salle Broca, n° 33.

Epithélioma ulcéré de la joue gauche avec adhérence du tissu morbide au maxillaire inférieur. Forme ulcéreuse et rongeante. Perforation de la paroi buccale et écoulement continuel de la salive. Les ganglions sous-maxillaires gauches sont dégénérés (fig. 3).

Le 24 avril, chloroformisation. Incisions, qui circonscrivent tout le mal, aux lèvres, à la joue et à la région sous-maxillaire. Résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur, avec la scie à chaîne, portant sur la ligne médiane en avant et sur la partie moyenne de la branche montante en arrière. Ablation des ganglions dégénérés. Restauration de l'énorme perte de substance avec un lambeau pris à la peau du cou. Suture métallique du lambeau. Pansement de Lister.

Alimentation avec une sonde.

Cicatrisation rapide du lambeau Guérison de l'opération (fig. 3).

Mais la cachexie survient. Le lambeau de peau saine qui a servi à reformer la joue est envahi par le néoplasme. La mort arrive le 3 août, trois mois et dix jours après l'opération.

OBS. XII. — Jacquin (Charles), 58 ans, employé de la Compagnie du gaz, entre dans le service de M. Polaillon le 10 juin 1884.

Epithélioma du plancher de la bouche envahissant la glande sous maxillaire droite et adhérant au maxillaire inférieur.

Le 17 juin, chloroformisation. Incision courbe dans la région sous-maxillaire droite. Passage des fils du serre-nœud galvanique de la plaie extérieure à l'intérieur de la bouche, puis de l'intérieur de la bouche à la plaie extérieure, de manière à circonscrire les parties malades du côté de la ligne médiane. Résection avec la scie à chaîne de la portion adhérente du maxillaire inférieur.

Suture métallique de l'incision Pansement de Lister.

Réunion immédiate. Sortie du malade un mois et onze jours après son opération.

L'opéré n'est pas revenu depuis l'époque de sa sortie, ce qui porte à croire que sa guérison s'est maintenue.

Obs. XIII (recueillie par M. Barbier, interne, et M. Janet, externe du service).

Le nommé Boyard, Alfred, âgé de 52 ans, menuisier, entre à l'hôpital de la Pitié le 11 juillet 1884, salle Broca, lit n° 38, dans le service de M. Polaillon.

Il porte un épithélioma du plancher de la houche et de la partie antérieure de la langue, avec des ganglions sous-maxillaires dégénérés.

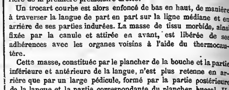
Cet homme, d'une bonne santé habituelle, a remarqué, il y a six mois, qu'une ulcération se développait à la face inférieure de sa langue dans le sillon qui la sépare du plancher huccal. Il ne s'est soigné que par des gargarismes au chlorate de potasse. Bientôt cette ulcération gagna en étendue, de manière à gêner la mastication et la parole, ce qui détermina son entrée à l'hôpital.

Boyard ne mentionne aucun antécédent cancéreux dans sa famille.

Le plancher de la bouche, la face inférieure de la langue et la face postérieure de la partie moyenne du maxillaire inférieur sont le siége d'une large ulcération hourgeonnante, sanieuse, entretenant dans la houche une odeur nauséahonde.

Les gencives, sur la partie médiane du maxillaire inférieur, sont tuméfiées et ramollies. Les incisives déchaussées remuent sous le doigt.

La langue est indurée. Dans sa moitié antérieure, cette induration est très sensible au doigt qui explore sa face dorsale.



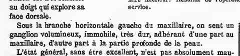


Fig. 3

Epithélioma ulceré des lèvres et de la joue gauches envahissant le maxillaire inférieur. Résultat de l'opération. — Dessin par M. Janet, élève du service.

Sous la branche horizontale gauche du maxillaire, on sent un ganglion volumineux, immobile, très dur, adhérant d'une part au maxillaire, d'autre part à la partie profonde de la peau.

L'état général, sans être excellent, n'est pas absolument mauvais. L'appétit est conservé. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

L'opération est décidée et exécutée le 19 juillet.

M. Polaillon, après avoir fait endormir le malade avec le chloroforme, pratique une incision ovalaire autour du ganglion induré, de manière à isoler la portion de peau adhérente à ce ganglion. Il fait ensuite une incision en fer-à-cheval suivant le hord inférieur du maxillaire inférieur. Le lambeau ainsi formé est baissé. De nombreuses artérioles sectionnées sont immédiatement pincées.

Le ganglion, avec la portion de peau qui lui adhère, est décollé du maxillaire auquel il est fixé.

Une incision, à peu près verticale, est ensuite pratiquée de la commissure lahiale gauche à la partie gauche de l'incision en fer-à-cheval. On obtient ainsi deux lambeaux latéraux, qui sont décollés et portés en dehors comme deux volets. Plusieurs artères sont pincées, entre autres une branche importante de la faciale.

Ces deux lambeaux latéraux mettent à découvert la partie moyenne du maxillaire inférieur. La scie à chaîne est passée de has en haut autour de la partie postérieure de la branche horizontale du maxillaire du côté gauche ; puis le maxillaire est scié en arrière de la deuxième grosse molaire.

Après arrachement préalable de la deuxième prémolaire droite, la scie à chaîne est passée de ce côté et scie le maxillaire en arrière de la première prémolaire droite.

Un trocart courhe est alors enfoncé de bas en haut, de manière à traverser la langue de part en part sur la ligne médiane et en arrière de ses parties indurées. La masse de tissu morbide, ainsi fixée par la canule et attirée en avant, est libérée de ses adhérences avec les organes voisins à l'aide du thermocautère.

Cette masse, constituée par le plancher de la bouche et la partie inférieure et antérieure de la langue, n'est plus retenue en arrière que par un large pédicule, formé par la partie postérieure de la langue et la partie correspondante du plancher buccal. Un fil dn serre-nœud galvanique est passé de gauche à droite autour de ce pédicule, en arrière de la canule du trocart laissée à demeure. La section est faite lentement, et la masse morbide est détachée.

Les deux artères linguales, aperçues sur la surface de la sectiou, sont immédiatement liées, ainsi que quelques artérioles.

Les différentes artères pincées pendant l'opération sont également liées.

La plaie est soigneusement lavée à l'eau phéniquée pour 20.

Les lambeaux sont enfin remis en place et suturés avec des fils d'argent. Onze sutures sont placées.

Une éponge phéniquée est laissée à demeure dans la bouche. Elle est retenue par un fil sortant à travers l'incision et fixé sur un tampon de gâze phéniquée placé au dehors. Pansement de Lister.

Le 19 juillet, soir, la plaie a un peu saigné. Le malade est calme. Il se plaint simplement d'avoir un mal de tête assez violent. Au moyen de la sonde introduite par le nez, il prend du bouillon et du vin.

T. 38°,4.

Le 20 juillet, pansement. La plaie va bien. On laisse l'éponge en place.

Lait, houillon, vin ordinaire.

T. M. 37°,8 ; T. S. 38°,4.

Le 21 juillet, la nuit a été bonne. Pansement. On retire l'éponge qui est horriblement fétide. Un peu de fièvre. Lavage de la cavité buccale. Après le pansement, il y a une légère hémorrhagie par la bonche, mais elle cesse avec un peu de glace.

Lait, bouillon, vin. Selles régulières et normales. Bonnes digestions.

Le soir, lavage de la cavité buccale avec la solntion phéniquée au 20e. Pulvérisation d'acide phénique auprès du malade.

Il se gargarise lui-même dans la journée avec des solutions antiseptiques.

T. M. 38°,4 ; S. 38°,8 ; P. 120.

Le 22 juillet, pansement. Lavage de la cavité buccale. Le malade a été nourri comme d'habitude par la sonde.

Le soir, lavage phéniqué de la bouche. Pulvérisation près d'elle.

T. M. 38°. P. 120. T. S. 38°,4.

Le 23 juillet, pansement. Les pièces de pansements sont toujours

maculées par les produits de l'expectoration. Haleine et liquides buccaux fétides.

On enlève 3 fils, les plus inférieurs; les lèvres de la plaie s'écartent et permettent aux liquides buccaux de s'écouler facilement au dehors. L'absorption de ces matières fétides est probablement la cause de l'excès de température de ce matin.

Le malade a assez mal dormi. Il a une fièvre vive. Cependant ni frisson, ni abattement, ni diarrhée, ni céphalalgie.

Peu d'appétit. Il digère ce qu'on lui donne (lait, bouillon, œufs, vin). Selles régulières.

Sulfate de quinine, 0,50

Il s'est plaint d'un peu d'oppression, de gêne respiratoire. A l'auscultation, on trouve à peine quelques ronchus.

T. M. 39°,6; P. 132; T. S. 39°,8; P. 129.

Le 24 juillet, pansement. On enlève deux fils. A droite, au niveau de la région mastoïdienne, gonflement avec rougeur et empâtement. Sensibilité à la pression. Pas de frisson. Le malade se sent bien.

Nombreux bacilles et micrococci dans sa salive, qui exhale toujours une odeur fétide.

La nuit dernière, le malade n'ayant pas pu dormir, on lui ordonne un lavement avec 4 gr. de chloral.

Six injections de bromhydrate de quinine à 0,05 centigr. toutes les heures, une par heure.

T. M 38°,6; P. 120. T. S. 39°,4; P. 126.

Le 25 juillet, la nuit a été meilleure. Pansement. Même état du phlegmon du cou. On enlève deux fils. Une partie de l'incision est réunie.

Lavage de la bouche, qui est toujours très fétide.

Le pouls a moins d'ampleur; il est dépressible.

Bromhydrate de quinine, 0,30 centigrammes en six injections sous-cutanées.

Le patient se nourrit assez abondamment par la sonde.

T. M. 37o,8; P. 110. T. S. 39o,4; P. 120.

Le 26 juillet, pansement. On enlève un fil. Lambeaux de tissu cellulaire sphacélé, à gauche, qu'on retire avec une pince par l'ouverture de l'incision.

T. M. 38°; P. 110. T. S. 38°,6; P. 120.

Le 27 juillet, pansement. La température est élevée. Pas de frisson. Abattement marqué pendant le reste de la journée. Pas de diarrhée.

Lavement avec 0,50 de sulfate de quinine.

T. M. 39°,4; P. 138. T. S. 40°,3.

Le 28 juillet, pansement. On enlève deux fils, et parmi eux celui qui maintenait le moignon de la langue. La plaie bourgeonne bien. Le gonflement phlegmoneux du côté droit semble diminuer; il y a moins de tension, moins de douleur à la pression, mais la rougeur érythémateuse du cou persiste Quelques frissons. Un peu de diarrhée. Deux selles fétides.

T. M. 38°,6, P. 128. T. S. 40°; P. 130.

Le 29 juillet, hémorrhagie buccale. Les pièces du pansement sont maculées de sang. L'écoulement s'arrête spontanément.

Pansement. Le gonflement ganglionnaire du côté droit a beaucoup diminué. Il n'y a plus d'empâtement du tissu cellulaire. La rougeur du cou est moins vive.

A part l'excès de la température, l'état général est satisfaisant. La diarrhée légère de la veille n'a pas persisté. Le pouls, toujours fréquent, a repris de la tension; il n'est plus dépressible comme les jours précédents.

Un peu de gêne respiratoire. Submatité à droite. Râles humides, crépitants. 20 ventouses sèches du côté droit. La respiration est normale à gauche.

Lavage phéniqué le soir. Lavement avec 0,50 de sulfate de quinine.

Le 31 juillet, abattement et grande faiblesse. Le malade peut à peine rester assis dans son lit. Diarrhée. Les muqueuses de la bouche sont sèches. Léger trouble d'albumine dans les urines.

Le soir, l'état s'est un peu amélioré, quoique la faiblesse soit toujours très grande. Lavage phéniqué de la bouche. Souffle pleurétique à la base droite. Râles fins dans tout le poumon droit.

Emplâtre de thapsia sur la poitrine. Deux lavements de 0,50 de sulfate de quinine. Double potion de Tood.

L'abaissement de température le matin et l'accélération énorme d'un pouls petit, dépressible, ne peut guère être dû qu'à un collapsus cardiaque.

Agitation involontaire des membres.

T. M. 37°,4; P. 148; T. S. 39°,3; P. 130.

Le 1er août, hémorrhagie buccale pendant la nuit.

Pansement. On enlève un gros caillot logé dans un des angles de la plaie. La faiblesse augmente. Alimentation abondante avec la sonde.

Sueurs pendant la journée. Abattement. Muqueuses de la bouche sèches.

Absence de murmure vésiculaire, avec matité à la base droite. Accès de suffocation pendant la journée. Lavage de la bouche. Diarrhée.

Potion de Todd.

T. M., 38o 4. P. M. 120; T. S., 39o 2. P. 124.

Le 2 août, la plaie n'a pas trop mauvaise mine. Encore un peu de suintement sanguin. Le malade est tremblant quand on l'assied sur son lit; ses forces diminuent très rapidement. Soif inextinguible. Respiration accélérée. Le souffle de la base a, ce matin, un caractère tubaire. Les battements du cœur sont tumultueux et sourds avec des faux pas. La peau est sèche et brûlante. Diarrhée.

T. M. 38o. P. 120; T. S. 39o 2. P. 144.

Le 3 août, la plaie bourgeonne activement; elle est rouge violacée. Gargarismes à l'eau-de-vie depuis quelques jours. Lavages phéniqués soir et matin. Potion de Todd avec teinture de cannelle et acétate d'ammoniaque.

T. M. 36o 5. P. 114; T. S. 39o 5. P. 140.

Le 4 août, l'auscultation montre, à la base droite, un souffle aigre aux deux temps de la respiration. Râles humides dans le reste du poumon. Respiration accélérée : 42 respirations par minute. Diarrhée continuelle. Lavage phéniqué le soir. Teinture d'iode sur le côté. Potion comme la veille.

T. M. 37o 4. P. 118; T. S. 38o 8. P. 153

Le 5 août, la plaie est détergée et les matières qui s'en écoulent sentent moins mauvais. Il existe, à gauche, une large ouverture, qu'on remplit tous les jours de gaze phéniquée.

Le souffle est toujours manifeste à la base droite. Râles humides.

Ce soir, le malade est sensiblement mieux. Ses yeux ont repris de l'éclat. Il s'est aperçu, pour la première fois, qu'il lui manque la partie antérieure de la mâchoire. Il est beaucoup plus fort, et, bien que ses membres soient encore tremblants, il reste mieux assis sur son lit.

Matité toujours considérable à droite. Mais le souffle a disparu. A sa place, on entend la respiration couverte par de gros râles humides, à timbre bruyant, perceptibles aux deux temps de la respiration. 45 respirations par minute. Le décubitus se fait de préférence du côté droit. La respiration est courte et accélérée. Toujours de la diarrhée.

Le 6 août, la paroi antérieure du pharynx, ou plutôt ce qui reste de la base de la langue, fait soupape sur l'isthme du gosier, et gêne la respiration. M. Polaillon la suture avec un fil d'argent à la peau du cou.

Respiration toujours précipitée. Râles crépitants nombreux à droite. Le souffle a repris le caractère tubaire et ne s'entend plus qu'à l'expiration. Intermittence du pouls.

Le soir, état très grave. Les extrémités sont froides; le pouls est insensible à la radiale; sueurs abondantes. Prostration extrême. Respiration haletante. 55 respirations. Diarrhée. Une injection d'éther à 4 heures.

Mort dans la nuit.

Nous donnons le tracé de la température et du pouls depuis l'opération jusqu'à la mort (fig. 4).

Autopsie, 24 heures après la mort. Les tissus de la bouche sembleot sains. Il existe, à droite, le long de la gaine des vaisseaux, un vaste abcès avec pus de bonne nature. En somme, la plaie était en très bonne voie de guérison. On trouve, à droite, un bloc énorme de pneumonie suppurée, qui a probalement enlevé le malade. Congestion pulmonaire à gauche.

Rien dans les autres viscères.

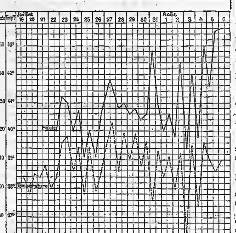


Fig. 4

Tracé de la température et du pouls pendant la pneumonie septique consécutive à l'ablation d'un cancer de la mâchoire inférieure.

Obs. XIV. — Le nommé Lafontaine, Jean, âgé de 45 ans, journalier, entre le 5 mai 1886, salle Broca, lit n° 41.

Ce malade n'a aucun antécédent héréditaire.

Il y a quatre ou cinq ans, il lui était venu, sur la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, une excoriation fissurique, grisâtre, à bords taillés à pic. A cette époque, ne sentant qu'une vive démangeaison, il n'attacha aucune importance à cette fissure, qu'il considérait comme un bouton de fièvre. Il continuait à fumer sa pipe, malgré l'irritation que le tuyau de la pipe lui causait et la suffrance qu'il endurait.

Cet état dura un an. La plaie était tantôt sanguinolente, tantôt recouverte de croûtes. Le malade se fit alors opérer. On lui enleva à peu près la grosseur d'une noisette des téguments de la lèvre. La cicatrisation s'opéra très bien.

Au mois de janvier dernier, il survint à la joue gauche, au niveau de la partie moyenne du maxillaire inférieur, une grosseur du volume d'une noisette, très douloureuse. Petit à petit cette grosseur augmenta et, au bout de trois mois, elle égalait le volume d'un petit œuf. Les douleurs étaient devenues très vives. Le malade appliqua des cataplasmes. N'éprouvant aucune amélioration, il alla trouver un médecin, qui lui donna un coup de bistouri. Un peu de liquide clair jaunâtre et du sang s'écoulèrent par l'incision. La douleur se calma un peu; mais le mal gagna dès lors en largeur et en profondeur, et s'ulcéra.

Le 5 mai dernier, Lafontaine se décida à entrer à l'hôpital.

La plaie occupe la partie inférieure de la joue, sur une étendue de six à sept centimètres, au niveau de la hanche horizontale du maxillaire inférieur, à sa partie moyenne. Elle est rouge, bourgeonnante, cratériforme, secrétant une sérosité jaunâtre d'odeur infecte. Un bourrelet dur, violacé, entoure ses bords taillés à pic.

Opération le 16 mai. Incisions avec le bistouri pour circonscrire les tissus indurés. Dissection de la tumeur avec le thermocautère. Comme la tumeur adhère à l'os, résection de la portion moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur dans l'étendue de six à sept centimètres. Grattage avec des curettes tranchantes de plusieurs points suspects. Excision de la glande sous maxillaire et de plusieurs petits ganglions.

Ligatures des artères qui donnent avec des fils de catgut.

Réunion avec des crins de Florence. Drainage. Pansement de Lister.

Le 17, la température est à 38°2. L'état général est assez bon. Le malade est très géné pour avaler. Odeur fétide de la bouche qui est soigneusement irrigée avec une solution phéniquée. Gargarismes alcoolisés toutes les heures et toutes les demi-heures.

Le 19, l'état s'est bien amélioré. Le malade déglutit plus facilement. Il n'a pas encore d'appétit; mais il avale trés suffisamment pour se nourrir.

Un drain est ôté. Il y a un peu d'œdème de la lèvre inférieure et des téguments circonvoisins.

Le 20, l'état général est très bon. On enlève plusieurs fils de la suture.

Chaque jour on fait un pansement iodoformé.

Le 29, petit abcès au cou, au niveau du bord inférieur de l'incision Ouverture de l'abcès qui communique avec la bouche. Drainage. Irrigations phéniquées.

Le 30, un nœud de ligature au catgut est retiré de la plaie faite pour l'ouverture de l'a cès.

Le 8 juin, l'état général est très bon. La cicatrisation est presque complète; les pansements à l'iodoforme ne sont appliqués que tous les deux jours.

Le 20 juin, l'état est parfait. Le malade se nourrit très bien avec des aliments liquides ou mous, car il ne peut encore mâcber des substances un peu dures.

Le 5 juillet, guérison.

Cette guérison ne peut malbeureusement être considérée que comme un succès opératoire, car les tissus de la joue sont indurés et violacés. Un point de la cicatrice tend à s'ulcérer. Le cancer est en voie de récidive.

Obs. XV. — Schœnberg, 18 ans, employé de commerce, entre, le 9 décembre 1885, dans le service de M. Polaillon, salle Broca, n° 32.

Ce jeune malade n'est pas affecté de cancer. Mais il a subi une perte complète de la joue gauche à la suite d'une gangrène de cette région pendant une fièvre typhoïde. Les arcades dentaires supérieure et inférieure sont à nu. Une masse de tissu cicatriciel inséré, d'une part, sur le maxillaire supérieur et, d'une autre part, sur le maxillaire inférieur près de son angle, produit un resserrement des mâchoires tel qu'elles ne peuvent pas s'écarter dans l'étendue d'un millimètre.

Après plusieurs opérations autoplastiques pour restaurer la joue, le 25 février 1886, M. Polaillon résèque toute la portion du maxillaire inférieur qui est adhérente à la cicatrice. Suture des lambeaux. Guérison.

(Cette observation sera communiquée plus tard en détail.)

D *Opérations de cancers comprenant la langue et le plancher de la bouche sans résection du maxillaire inférieur.*

5 opérés : 4 guéris ; 1 mort.

Obs. XVI. — Dubreuil (Josepb), 64 ans, entre le 14 janvier 1884, pour un carcinôme de la moitié droite de la langue et du plancber de la bouche.

Le 19 janvier, ablation des deux tiers droits de la laogue et du plancber de la boucbe avec les anses du serre-nœud galvanique,

dont les fils passent par une incision sous-maxillaire. Suture de l'incision. Pansement de Lister.

Le 25 janvier, hémorrhagie dans la bouche. La suture sous-maxillaire est défaite par l'interne de garde. Les points qui donnent sont cautérisés avec le thermocautère, et une pince à forcipressure est placée sur une artère qui est probablement la linguale.

Depuis ce moment, le malade a de la fièvre. Le 2 février, il a un grand frisson. La plaie prend un mauvais aspect, malgré les pansements antiseptiques. Le maxillaire inférieur se dénude. Infection purulente. Mort.

Obs. XVII. — Dupard (Pierre), âgé de 47 ans, est entré à la Pitié, en 1884, pour un cancer de la langue et du plancher de la bouche.

Le 11 octobre, chloroformisation. Ablation de la langue et des parties malades du plancher de la bouche avec les anses du serre-nœud galvanique.

Revu le 14 mai 1886, cet opéré a une adhérence de ce qui lui reste de la langue avec le plancher de la bouche; de là une grande gêne pour parler et pour mâcher. Il porte un ganglion dur en arrière de l'angle de la mâchoire à droite. Mais, en somme, aucune induration des tissus et pas de récidive apparente.

Obs. XVIII. — Crespin (Pierre), cordonnier, âgé de 56 ans, entre, le 4 août 1885, pour un épithélioma ulcéré du plancher de la bouche. Il porte en même temps un épithélioma non ulcéré de la peau dans la région du sternum.

Le 6 août, chloroformisation. Incision sus-hyoïdienne à droite pour le passage des fils du serre-nœud galvanique. Ablation de toutes les parties malades, complétée avec le thermocautère. Suture. Drain. Pansement de Lister.

Guérison par suppuration. La langue, qui a été respectée dans presque toute son étendue, adhère au plancher de la bouche et gêne la mastication.

Revu au bout de quatre mois, aucune récidive.

Obs. XIX — Pone, 62 ans, journalier, entre, le 16 avril 1886, pour un épithélioma ulcéré de la lèvre inférieure, de la commissure et de la joue gauches. Les ganglions sous-maxillaires sont dégénérés. Le bord inférieur du maxillaire est enchâssé dans la production morbide. Perte continuelle de la salive par l'ulcération de la commissure. Néanmoins, la langue est indemne; l'état général est bon. Il n'y a pas d'athérôme artériel.

Cet homme avait été opéré, il y a trois ans, d'un cancroïde de la lèvre inférieure.

Son état actuel était tellement repoussant que nous nous décidâmes à lui faire une nouvelle opération, ne fût-elle que palliative.

Le 29 avril, chloroformisation. Incision verticale sur la partie médiane de la lèvre inférieure. Incision sur la lèvre supérieure, en dedans de la commissure, remontant sur la joue et venant gagner l'angle de la mâchoire en circonscrivant en haut les parties malades. Abaissement de cette portion dégénérée de la joue, qui est détachée de la face externe et du bord inférieur du maxillaire inférieur. Ablation des ganglions sous-maxillaires dégénérés et incision dans la région sus-hyoïdienne pour enlever la moitié gauche de la lèvre inférieure et la portion de joue malade. Enfin, dissection d'un lambeau au cou pour restaurer la joue et reconstituer la bouche. Suture. Drain. Pansement de Lister.

Réunion immédiate et guérison rapide.

L'opération a atteint son but, en ce sens que la restauration de la bouche est bien complète et que les aliments et la salive ne s'échappent plus involontairement. Mais au moment de la sortie, qui a lieu le 2 juillet, le cancer commence à récidiver.

Obs. XX. — Klér... (Edmond), architecte, âgé de 50 ans, entre le 14 mai 1886, salle Broca, n° 1.

Il a de mauvaises dents et fume beaucoup.

Il y a trois mois, une petite ulcération de la langue se montre au niveau d'une incisive supérieure droite, qui était ébréchée. Cette ulcération s'étend peu à peu. On la cautérise. Puis on lui conseille des gargarismes avec une solution de chlorate de potasse.

Actuellement, toute la moitié droite de la langue est envahie jusqu'au V lingual par une induration cancéreuse. Le plancher de la bouche participe à la maladie, et un ou plusieurs ganglions forment une masse volumineuse dans la région sus-hyoïdienne.

L'état général est assez bon.

Le 22 mai, chloroformisation. Incision légèrement courbe, depuis la symphyse du menton jusqu'à l'os hyoïde du côté droit. Décollement de la peau dans la région sus-hyoïdienne. Dissection de la tumeur avec le thermocautère. Application de trois anses du serre-nœud galvanique, autour de la base de la langue et, de chaque côté, sur le plancher de la bouche. Ablation par ce procédé de la langue et du plancher buccal.

Suture. Drainage. Pansement de Lister.

L'incision suppure. Pansement à l'iodoforme.

Le 6 juillet, Klér... quitte la Pitié. La plaie sus-hyoïdienne n'est pas encore complètement cicatrisée. Ayant perdu sa langue, il ne peut plus parler. Mais il avale facilement et s'alimente convenablement.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Lettres à M. le docteur F. de Ranse, *directeur de la* Gazette médicale, *sur la théorie du microzyma.*

Suite. — Voir le numéro précédent.

M. Pasteur a beau regimber, la naissance des bactéries à même les tissus, qu'il a obstinément niée après l'avoir méconnue, est un fait acquis; ce sont les microzymas de ces tissus qui le deviennent par évolution, ce qui est un autre fait, également acquis, puisque M. Nencki, dont l'autorité a été invoquée contre moi par M. Cornil, a dit que les microzymas étaient des spores de bactéries. Les microzymas existent donc; et si l'on repousse la signification que le postulat affirme, si l'on prétend (sous les noms de *micrococcus*, de *spores*, de *coccus*, de *Monas crepusculum*, de *microbes*) qu'ils sont des parasites dans l'organisme vivant en santé ou malade, c'est que l'on est encore dominé par les systèmes et les préjugés anciens, ceux-là mêmes qui ont fait échouer Cl. Bernard dans la contradiction que j'ai signalée et qui font illusion à M. Pasteur et à ses disciples.

Mais ces systèmes admis par M. Pasteur, qui consistent à ne voir dans le corps humain qu'un amas plus ou moins complexe de matériaux purement chimiques, sans vie propre, comparables à des matériaux fermentescibles, qu'il est pourtant obligé de supposer doués de quelque qualité occulte, appelée par lui *vertu de transformation que l'ébullition détruit*, qui consistent à croire, sans preuve, que notre air respirable est peuplé, depuis l'origine des choses, des germes des ferments de toutes les maladies dont tous les êtres vivants peuvent être affectés, sont-ils donc si raisonnables?

Mais l'idée et le principe expérimental sont-ils donc absurdes? Il me plaît de constater que M. Pasteur, en disant des microzymas qu'ils sont imaginaires et des êtres de fantaisie, l'a assuré! Pourtant, peut-on, *a priori*, nier l'existence d'un être tel que le microzyma, autonomiquement vivant et physiologiquement impérissable? Devant la raison, non, certes. M. Pasteur, après le P. Kircher et après Raspail, n'admet-il

pas, quoique sans plus de preuves que ses devanciers, la pérennité, pour ne pas dire l'éternité, des microbes producteurs de nos maladies? Cependant peu importent, en un tel sujet, les négations ou les affirmations de ce savant; ce qui importe, c'est de considérer la question au point de vue désintéressé de l'histoire de la science.

Selon moi, au contraire de M. Pasteur, l'idée d'après laquelle ce qui reste vivant dans l'être organisé, ce n'est pas une matière spéciale par destination et plus ou moins douée de qualités occultes, mais un élément anatomique élémentaire, simple, irréductible à une forme plus simple, déterminé dans sa structure, essentiellement et autonomiquement vivant qui est le microzyma, est une idée à la fois intelligible et raisonnable.

Elle est même si raisonnable que l'histoire a conservé la trace des efforts des plus savants médecins pour découvrir dans l'être vivant ce que M. Pasteur et ses disciples s'obstinent à y méconnaître.

Bichat, adoptant enfin la méthode des physiciens et des chimistes, ne voulait-il pas que l'on apprît à remonter des phénomènes physiologiques aux propriétés des éléments anatomiques? Ne concluait-il pas de ses recherches mémorables, qui ont fondé l'histologie, que l'organisme vivant était constitué dans toutes ses parties par des tissus élémentaires qu'il croyait simples, comme les éléments lavoisiériens le sont? N'est-ce pas des propriétés de ces tissus qu'il faisait dépendre celles des organes? N'est-ce pas dans ces tissus, proclamés seuls vivants dans l'organisme, qu'il plaçait la vie et les propriétés vitales et le siége de la maladie?

Et lorsqu'on découvrit que les tissus de Bichat n'étaient point simples, est-ce qu'on abandonna le point de vue philosophique du système? Non, mais on leur substitua la cellule, et, accentuant la pensée de l'immortel anatomiste, on admit qu'elle était non seulement vivante, mais qu'elle l'était autonomiquement; bref, comme s'exprimait M. Virchow rendant la pensée intime de Turpin, la cellule fut réputée vivante *per se*, l'unité vitale, l'élément anatomique fondamental au delà duquel il n'y a plus rien d'organisé.

Cependant, on a fini par s'apercevoir que la cellule, élément anatomique transitoire, ne satisfaisait point à la notion de simplicité que Bichat avait conçue ou entrevue. La cellule ne pouvant pas être regardée comme simple, irréductible à une forme plus simple, ni, par conséquent, vivante *per se*, la science, ne connaissant rien qui pût la remplacer, s'échoua dans les systèmes qui admettent une matière vivante sans organisation, sans structure, que l'on a appelée protoplasma, blastème.

Je vous le demande, cher et éminent confrère, le moment est-il venu d'abandonner la conception si philosophique, si expérimentale, si progressive et si médicale du grand homme qui fut Bichat? Et faut-il renoncer à lever la contradiction dans laquelle Cl. Bernard était tombé? Non, certes, mais il faut remplacer les tissus de Bichat et la cellule par l'élément anatomique qui possède vraiment le genre de simplicité que la science concevait pour l'unité vitale.

Le microzyma existe, aussi certainement que la cellule; c'est par pure prétérition que M. Pasteur le traite d'imaginaire, à moins que ce ne soit par un intérêt de système. Lui seul permet de se passer des qualités occultes sans lesquelles le système protoplasmique et le système microbien n'expliquent rien en physiologie ni en pathologie.

Le microzyma peut être considéré en lui-même et dans ses relations avec l'anatomie générale.

Considéré en lui-même, il est l'être qui, par évolution, peut devenir vibrionien.

Considéré dans ses rapports avec l'anatomie générale, il est ce que l'on avait supposé de la cellule, c'est-à-dire l'élément anatomique fondamental, vivant *per se*. Il est le facteur des cellules et des tissus, au même titre que les tissus de Bichat sont les facteurs des organes. Bref, les microzymas sont les éléments anatomiques autonomiquement vivants en qui se résument les propriétés, les activités histologiques, physiologiques, chimiques et dynamiques des cellules et des tissus. Grâce à eux, la physiologie, dotée de son principe, peut se dispenser d'imaginer ces qualités occultes sans lesquelles les systèmes n'expliquent rien et les phénomènes vitaux seraient des effets sans cause.

Et maintenant la contradiction dont Cl. Bernard était embarrassé s'évanouit, si l'on veut bien considérer avec moi :

1° Qu'il n'existe point de matière organique par essence et point d'organisation sans structure (de *structus*, bâti, comme s'exprimait Ch. Robin);

2° Que, dans l'hypothèse de cette matière organique par essence appelée protoplasma (d'après laquelle il n'y a primitivement que de la matière non structurée, c'est-à-dire anbiste, dans l'œuf et dans la cellule), le tout d'un être vivant, ses organes, ses tissus, ses cellules, sont le résultat d'une génération spontanée;

3° Que, ce qui est actif dans un organisme vivant, ce n'est point la matière en général, une matière plus ou moins physico-chimiquement constituée, protoplasma ou blastème; mais des formes organisées élémentaires, soumises à la loi mathématique de la quantité, selon la loi de leur construction; lesquelles, de même que les éléments anatomiques quelconques, sont faites avec des matériaux spéciaux, chacun selon son espèce, et non pas produites spontanément par ce protoplasma;

4° Que, par conséquent, l'intérieur du corps vivant, de l'œuf ou de la cellule, n'est pas quelque chose de passif et comparable à une matière fermentescible (ainsi que M. Pasteur croit l'avoir démontré); mais est formé, ou contient nécessairement dans toutes ses parties de ces formes organisées élémentaires essentiellement actives.

5° Enfin que, *ce quelque chose de plus que la matière*, dont on ne peut pas se passer, que Cl. Bernard après tant d'autres, s'est efforcé d'imaginer et que je m'efforce de préciser, n'a rien d'occulte, mais est représenté par ces formes organisées élémentaires, les microzymas, en un mot, dans lesquels la matière et la vie sont indissolublement unies, comme l'acier et le magnétisme dans l'aimant ou comme les propriétés de la matière brute dans ses atomes.

Essayons de préciser encore davantage.

Dans le microzyma, la matière et la vie sont indissolublement unies; c'est un fait, puisque, après la mort, les microzymas évoluent et deviennent vibrioniens dans le cadavre! Mais est-ce avec la matière *tout court?* Non.

L'acier et le magnétisme ne suffisent pas pour faire un aimant; il faut que l'acier ait d'abord été *trempé* au degré convenable, que ses molécules aient acquis ce que l'on appelle la *force coercitive*, c'est-à-dire un certain arrangement. Le *lieu du magnétisme*, c'est l'acier ayant acquis un certain arrangement de ses molécules ou particules.

De même, le *lieu de la vie*, ce n'est pas la matière tout court : c'est la *matière organisée;* c'est cet arrangement qu'on appelle l'*organisation*, laquelle se manifeste toujours par une forme déterminée.

Bref, ce *quelque chose* cherché par Cl. Bernard, ce n'est pas une qualité occulte surajoutée à la matière pendant la vie, c'est une réalité objective et intelligible : c'est la structure, l'organisation, un certain arrangement spécial, nécessaire, des matières organisables qui font de l'élément anatomique un instrument, une machine ; et c'est ainsi que l'organisation est le *lien de la vie*, comme l'acier trempé au degré convenable est le lien du magnétisme.

Le principe, conforme à la doctrine de Bichat, qui découle de cet ensemble et qui a sa source dans un fait expérimental, est celui-ci : « La vie est liée à l'organisation dans une forme organisée, structurée, élémentaire, non transitoire, comme toutes les propriétés de la matière brute sont liées à son atome. Le microzyma est doué de vie, vivant *per se*, comme l'atome est doué de toutes les propriétés de la matière qu'il compose.

J'ai dit que je ne savais pas ce qu'était la vie ! Est-ce un mode du mouvement ? Est-ce la concentration de toutes les forces physiques et chimiques dans l'organisation qui en serait le foyer ? Je n'en sais rien.

Mais le microzyma étant incontestablement l'être organisé élémentaire, on peut dire qu'il est au corps vivant ce que l'atome est au corps brut. La comparaison étant juste, l'un et l'autre *sont ce qu'ils sont*, et on en peut dire ce que disait Newton des *particules primigènes* des corps ou atomes : « qu'ils sont solides, fermes, durs, impénétrables et mobiles, avec telles grandeurs et figures, et en outre telles propriétés, en tel nombre et en telle proportion qu'il convenait, à raison de l'espace où ils devaient se mouvoir, et de manière qu'ils puissent le mieux atteindre les fins pour lesquelles ils étaient formés ». On ne demande pas pourquoi l'atome d'un corps simple *est ce qu'il est*. De même, on peut ne pas demander pourquoi l'atome vivant, le microzyma, *est ce qu'il est*. On se contente de savoir *qu'ils sont ce qu'ils sont*, et on poursuit sa course. Je poursuis donc en essayant de plus en plus de comprendre le microzyma en le comparant aux atomes.

Le microzyma est vivant et il possède la composition générale, au sens chimique, des êtres vivants. Il est irréductible à une forme vivante plus simple ; il est la particule primigène de l'organisation.

Le microzyma est à l'organisme vivant complexe ce que l'atome, la particule primigène des corps simples, est aux corps bruts. Il est l'atome organisé vivant.

L'atome purement matériel peut être défini : la différentielle du corps qu'il forme par ses agglomérations ; le microzyma est de même la différentielle de l'organisation cellulaire ou tissulaire.

L'atome purement matériel est une conception dont la science ne peut pas se passer ; il n'est visible qu'aux yeux de la science qui le conçoit comme insécable. L'atome organisé, h en que de l'ordre des dernières grandeurs visibles au microscope, est isolable et mesurable.

L'atome brut est la particule primigène quantitativement déterminée en matière et en force, douée de telles propriétés déterminées inséparables de sa substance, qui nous expliquent la constitution des corps, la constitution et les propriétés des composés chimiques dont elle fait partie. Le microzyma, de même, est quantitativement déterminé en matière et en vie ou force, doué de telles propriétés inséparables de son être, qui nous expliquent la constitution des corps organisés et nous donnent l'explication des propriétés des diverses parties de ces corps.

L'atome des corps bruts est *physiquement et chimiquement* indestructible, c'est-à-dire inanéantissable. Le microzyma est *physiologiquement* indestructible ; mais il est anéantissable, car il peut être tué, c'est-à-dire détruit quant à sa nature d'être vivant.

L'atome des corps bruts peut acquérir des propriétés nouvelles dans les corps dont il est l'unique composant ; soit dans les composés où plusieurs atomes entrent en combinaison ; et cela peut aller jusqu'au changement de fonction. Le microzyma, sans changer morphologiquement, peut changer fonctionnellement, c'est-à-dire acquérir des propriétés nouvelles, soit lorsqu'il est isolé du tout dont il faisait partie, soit dans les organes divers de ce tout.

Les propriétés primitives ou acquises des atomes sont inséparables de leur substance. Les propriétés primitives ou acquises des microzymas sont inhérentes à leur substance.

Il y a autant d'atomes spécifiquement irréductibles qu'il y a d'espèces de corps simples. Il y a autant de microzymas initiaux spécifiquement irréductibles qu'il y a d'espèces de germes, c'est-à-dire d'espèces d'êtres organisés en puissance ; mais il y a, en outre, autant d'autres espèces secondaires de micromyzas, distincts quant à la fonction, qu'il y a d'organes doués de fonctions différentes dans un organisme complexe.

L'atome des corps simples est ce qu'il est absolument. Le microzyma, aussi, est ce qu'il est ; mais c'est par transcendance, grâce à la structure, à l'organisation, que la vie est inhérente à sa substance, qu'il est vivant *per se*.

Les composés chimiques sont définis, quantitativement déterminés, parce que les atomes le sont et leur imposent leurs lois. Les composés vivants sont pareillement définis dans leur composition, c'est-à-dire quantitativement déterminés, parce que les microzymas le sont. Et c'est ainsi que la loi de la quantité en physiologie est une dépendance de la détermination quantitative du microzyma. Le germe est ce que les microzymas le font ; de même qu'un germe est irréductible à un autre germe, les microzymas des différents germes le sont les uns aux autres. Et c'est pourquoi il y a autant de microzymas primordiaux qu'il y a d'espèces des germes qu'ils servent à former, selon la loi embryologique de chaque espèce.

Voilà, me semble-t-il, jusqu'où peut être poussé le parallèle entre l'atome brut et l'atome vivant. Après, un abîme les sépare : celui qui sépare l'inertie de l'activité propre, spéciale, et de la spontanéité dont les êtres vivants sont doués.

Les atomes purement matériels, par exemple, ne peuvent pas se multiplier ; faut-il dire pourquoi ? Oui, il le faut, puisqu'on a des idées si erronées concernant l'organisation et la vie ! Eh bien ! c'est uniquement parce qu'ils ne peuvent pas transformer en leur propre substance la substance d'une autre matière, c'est-à-dire parce qu'ils ne peuvent pas se nourrir.

Maintenant, que vous m'avez pardonné ce pourquoi saugrenu, je rappelle que les microzymas, chacun selon son espèce, peuvent se multiplier dans un milieu approprié, parce que, étant vivants, ils peuvent transformer en leur propre substance les matériaux de ce milieu, ce qui, nous le verrons, est le propre de la nutrition.

En résumé, ce par quoi un être était supposé vivant, tel'e

espèce et point telle antre,—que Cl. Bernard appelait la *force vitale créatrice*, l'*idée créatrice*, réalisée seulement pendant la vie; que Henle appelait l'*idée de l'espèce*, qui ne périt pas avec les individus, et que ces illustres savants considéraient comme indépendant de la substance matérielle de cet être, — peut donc être remplacé par quelque chose qui n'a rien d'occulte ou de vague: c'est le microzyma, dans lequel l'organisation et la vie sont unies, confondues avec son substratum matériel spécial en un seul tout indivisible; de telle sorte que l'on ne peut pas plus supposer un microzyma sans l'organisation et la vie, qu'un aimant sans la *force coercitive* et le magnétisme; bref, la vie est un attribut du microzyma sans lequel on ne peut pas plus se le figurer existant que l'atome purement matériel sans ses attributs.

Et pour terminer ce sujet, c'est ici l'occasion de rappeler que Ch. Robin, cet esprit si curieux et si distingué, ce grand érudit, qui avait le sentiment si haut de l'équité, a dit fort justement « qu'il n'y a vie que là où il y a organisation; mais que la vie n'est pas le résultat de l'organisation. » Quelle que soit l'idée que l'on se forme de l'organisation — et celle que s'en formait Ch. Robin était fort singulière — cette pensée est très juste et d'un sens profond. Non, la vie n'est pas plus le résultat de l'organisation qu'elle n'est le résultat d'un conflit matériel: l'organisation et la vie dans le microzyma sont concomittantes et, je le répète, elles ne peuvent l'être que par transcendance, l'une accompagnant nécessairement l'autre, ne pouvant pas se réaliser l'une sans l'autre. Bref, le microzyma a été fait vivant avec des matériaux spéciaux comme un atome quelconque a été fait avec sa substance; et le microzyma étant structuré est comparable à une machine faite de main d'homme, destinée à fonctionner, qui a été construite avec des matériaux appropriés.

En définitive, le tout vivant l'est parce que ses parties ont été faites vivantes avec et par les microzymas qui le sont autonomiquement. Celà étant expérimentalement vrai, il en ressort que la vie d'un tout complexe ne résulte pas de qualités occultes spécifiques, surajoutées à la matière et n'en dépendant point, mais d'une cause intelligible, j'allais dire instrumentale, qui est les microzymas, les *particules* primigènes de l'organisation, lesquelles ont été construites et douées d'aptitudes telles qu'elles puissent le mieux atteindre les fins pour lesquelles elles ont été formées.

On peut donc conclure que la conception d'une *force vitale créatrice*, se réalisant dans les êtres vivants pendant leur vie, par laquelle Cl. Bernard croyait se séparer des vitalistes purs, n'a été pour l'illustre physiologiste que le moyen de s'expliquer le mystère de la vie. A la place de cette force, qu'il est permis de comparer aux « vertus de transformation que l'ébullition détruit », si chères à M. Pasteur, et de qualifier d'occulte, nous avons maintenant dans le microzyma une cause intelligible et instrumentale concrète. La vie, le mouvement qui est la vie — si c'est un mouvement — est réalisée non pas transitoirement, mais effectivement et avec permanence dans une forme définie qui est comme une machine simple.

Je termine là cette lettre déjà trop longue et je vous remercie une fois encore, Monsieur et très savant confrère, de m'avoir permis de vous l'écrire. En attendant la suite, je vous prie d'agréer, etc.

A. Béchamp.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Sur les préparations de seigle ergoté, par le professeur Kobert, de Dorpat (*Centralblatt für Gynækologie*, 1886, n° 20, p. 306). — II. Sur l'action de la cornutine, par le docteur Erhard (Ibidem, p. 309).

I. Dans une publication précédente (1), M. Kobert avait soutenu et cherché à démontrer que l'action excito-motrice du seigle ergoté sur l'utérus n'appartient aucunement à l'ergotine contenue dans la préparation de Bonjean (ergotine dialysée de Wernich), pas plus qu'à l'extrait de seigle ergoté préparé suivant les prescriptions de l'ancienne pharmacopée germanique. Ces préparations, comme aussi l'acide sclérotinique de Podwyssoski et Dragendorff, renferment surtout, en fait de principe actif, de l'acide ergotinique. Celle-ci est dépourvue de toute action excito-motrice sur l'utérus, si l'on s'en rapporte aux affirmations de Kobert, basées sur des résultats expérimentaux obtenus chez des femelles d'animaux pleines et sur des utérus extirpés. A la vérité, Kobert ne s'est pas servi, pour ses expériences, de l'acide ergotinique pur, mais, pour des raisons d'économie, d'un extrait alcoolique de seigle ergoté en poudre, dont il avait précédemment indiqué le mode de préparation (in *Archiv für Gynækologie*, 1885, n° 1). Cette poudre, administrée à doses relativement considérables (équivalant à 100 grammes de seigle ergoté par kilogramme de poids corporel et par dose), n'a exercé aucune influence appréciable sur l'utérus de femelles gravides, pendant toute la durée de la gestation. Il en a été de même dans les expériences faites avec de l'ergotinine cristallisée de Tanret, que Kobert a administrée à des chiennes, à des lapines, à des chattes en état de gestation, à la dose de 1 milligramme par kilogramme de poids corporel, et en injections sous-cutanées.

Par *cornutine*, Kobert entend une substance basique qu'on extrait de l'ergot de seigle au moyen de manipulations qui sont à peu de chose près les mêmes que pour l'extraction de l'ergotinine. Elle est plus soluble que cette dernière et persiste dans le liquide, même après élimination de l'ergotinine cristallisée et de l'ergotinine amorphe. Tanret a prétendu que la cornutine de Kobert n'est autre qu'un produit de décomposition de son ergotinine cristallisée. Kobert avoue qu'il ne peut pas démontrer le contraire. Ce qu'il croit avoir prouvé, par contre, c'est que la cornutine est douée au plus haut degré de la propriété de faire contracter les fibres musculaires de l'utérus gravide, qu'il dénie à l'ergotinine. Cette propriété excito-motrice s'exerce sur les fibres contractiles d'autres organes (cœur, estomac, intestin, etc.); elle est la manifestation d'un véritable empoisonnement, mais qu'avec un peu de précaution on peut maintenir entre des limites qui excluent tout danger sérieux. Elle se manifeste en premier lieu du côté de l'utérus; les contractions utérines qu'elle provoque sont d'autant plus énergiques que l'animal en expérience se trouve à une époque plus rapprochée du terme de la gestation, et il a été possible de provoquer la délivrance prématurée sans que la santé des mères en fût gravement affectée; un certain nombre de fois les fœtus étaient morts au moment de l'expulsion.

L'acide sphacélinique, administré *per os*, dans du lait ou dans une solution de bicarbonate de soude, a également provoqué

(1) Kobert. *Ueber die Bestandtheile und Wirkungen des Mutterkorns*. Leipzig, 1884.

l'avortement, quand l'expérience était faite sur des femelles d'animaux parvenues près du terme de la gestation et avec des doses suffisamment faibles, ce résultat a été obtenu sans que la santé de l'animal fut compromise. Les contractions utérines provoquées par cette substance affectent un caractère tétanique plus accentué que celà n'a lieu avec la cornutine ; aussi les fœtus étaient-ils le plus souvent expulsée en état d'asphyxie.

M. Kœbner, dans le but de mettre les praticiens à même d'expérimenter la cornutine sur le terrain de la clinique, a fait préparer des pilules, d'un prix de revient peu élevé. Ces pilules perdent assez rapidement de leur efficacité, et il ne reste plus rien de celle-ci au bout d'un an. La raison en serait à l'état demi-fluide sous lequel ont été débitées ces pilules. Kœbner se propose de faire enrober à l'avenir les pilules dans un enduit imperméable.

Enfin, il ajoute que ses expériences lui ont fourni également la preuve de l'inefficacité de deux préparations : l'ergot on stigmates de maïs (*ustilago maïdis*) et la racine de cotonnier (*radix gossypii herbacei*), vantées dans ces derniers temps en Amérique comme étant douées à un très haut degré de la propriété de faire contracter l'utérus gravide.

II. M. Eahard a expérimenté la cornutine à la Maternité de Stuttgart, à l'incitation de M. Kobert qui lui avait adressé des échantillons de sa préparation. Le médicament n'a été administré qu'à des femmes en travail chez lesquelles l'insuffisance des contractions utérinés rendait nécessaire l'intervention du médecin. La dose a été, dans la très grande majorité des cas, d'une seule pilule renfermant 5 milligrammes de cornutine ; dans trois cas seulement, la dose a été de plusieurs pilules. Pour obtenir une appréciation rigoureuse de l'efficacité de la cornutine, on s'abstenait de toute autre intervention, et on enregistrait avec soin le nombre et la durée des contractions utérines. Sur un ensemble de 390 accouchements, on a eu recours à la cornutine dans 44 cas, qui se décomposent ainsi, au point de vue du résultat :

Résultat favorable bien tranché	dans	16	cas
— vraisemblable	—	13	»
— douteux	—	8	»
— nul	—	9	»

Dans quelques cas, les contractions sont devenues manifestement douloureuses à la suite de l'administration de la cornutine, dans quelques autres elles ont revêtu un caractère franchement tétanique. Une influence fâcheuse sur les parturiantes n'a pas été notée une seule fois. Par contre, sur les 46 accouchements où on a eu recours à la cornutine, 6 se sont terminés par l'expulsion d'un nouveau-né en état de mort apparente, et deux fois il a été impossible de rappeler l'enfant à la vie, tandis que sur 335 autres accouchements on n'en avait compté que 8 avec expulsion d'un fœtus en état de mort apparente, et, de ces 8 nouveau-nés, 7 ont été rappelés à la vie.

Une fois la cornutine a été administrée (3 pilules de 5 milligrammes), à la Maternité de Stuttgart, dans le but de provoquer l'accouchement prématuré ; l'effet a été nul.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution a l'étude de la tuberculose du rein, par M. le docteur Raymond Durand-Fardel, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Thèse de doctorat, 1886. — G. Masson.

En étudiant l'histogenèse du tubercule rénal dans ses rapports avec le bacille pathogène, M. Durand-Fardel a pu constater la présence du micro-organisme de Koch à l'intérieur des artérioles et des anses vasculaires des glomérules. C'est là un fait d'observation important et nouveau.

Les anotomo-pathologistes, examinant la distribution topographique des lésions tuberculeuses dans le parenchyme rénal avaient déjà remarqué leurs connexions étroites avec les zones vasculaires. Plusieurs d'entre eux, MM. Cornil et Ranvier notamment, ont noté l'apparition fréquente des granulations dans la substance corticale, au voisinage des tractus artériels qui bordent les pyramides de Ferrein, leur arrangement en séries logitudinales le long des ramifications artérielles, etc. Ainsi le développement *juxta vasculaire* des tubercules dans le rein, comme dans les méninges, précisément dans les cas de tuberculose aiguë ou de généralisation rapide, a conduit à penser que les bacilles tuberculeux envahissaient les différents organes en suivant la voie artérielle. Cette opinion, quelque légitime et universellement admise qu'elle fut, ne reposait encore sur aucune preuve certaine.

Baumgarten, dans un récent mémoire qui a pour titre : *La Tuberculose expérimentale*, admet, lui aussi, l'arrivée et la migration des bacilles dans le rein par la voie vasculaire, mais il avoue qu'il n'a pu vérifier le fait, qu'il n'a pu découvrir aucun bacille, soit dans la lumière des canalicules, soit dans le sang des capillaires. « Il m'a semblé, dit-il, les apercevoir dans l'intérieur des anses glomérulaires, mais je n'ai pu m'en convaincre complètement ».

Sur des coupes d'un même rein provenant d'un individu mort de granulie, M. Durand-Fardel a su retrouver les divers degrés des lésions, depuis l'arrivée des bacilles dans les vaisseaux capillaires et les glomérules, en passant par la granulation commençante, jusqu'au tubercule caseux. Dans un point du parenchyme rénal, indemne de toute lésion prolifèrative, des amas de bacilles se voient dans les capillaires d'un glomérule ; plus loin, un bloc bacillaire, contenu dans la lumière d'un vaisseau, est le centre d'une granulation transparente ; ailleurs, enfin, un groupe de bacilles qui semblent siéger dans la paroi même d'un glomérulé, apparaît, englobé dans un tubercule caséeux.

Ainsi donc, dans la tuberculose miliaire aiguë du rein, on peut trouver des bacilles dans le bouquet vasculaire du glomérule, *alors même que les lésions anatomiques n'y sont pas encore apparentes*. C'est là, ce nous semble, une constatation nouvelle et précise, qui prend pour ainsi dire l'invasion bacillaire sur le fait, et dont la portée dépasse singulièrement le cadre de la pathologie du rein. Elle jette une vive lumière sur le processus intime du développement et de la généralisation de la tuberculose. Telle est la donnée originale qui se dégage du travail de M. R. Durand-Fardel et imprime à ses recherches sur la tuberculose du rein une marque de réelle valeur.

A. Dutil.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

De la régénération rapide des globules rouges du sang. — Le fer est un des principes les plus importants de l'organisme et le seul métal dont la présence soit indispensable au maintien de la vie.

Il existe dans toutes les parties de l'économie, mais nulle part il n'acquiert autant d'importance que dans le sang (1).

Le sang d'un individu bien portant contient environ 3 grammes de fer, et, lorsqu'il vient à diminuer, il y a dépérissement, l'appétit disparaît, les forces s'affaiblissent, le sang perd sa belle couleur naturelle et toutes ses qualités.

Dans un grand nombre de maladies, telles que l'anémie, la chlorose, les hémorrhagies, la débilité, etc., il arrive parfois que le sang a perdu la moitié de son fer, et, pour guérir ces maladies, il faut absolument restituer au sang le fer qui lui manque.

Le problème à résoudre était de trouver une préparation présentant le fer sous la forme qu'il doit revêtir pour pénétrer dans l'organisme sans fatiguer les voies digestives et sans rien enlever des qualités essentielles du suc gastrique (2).

Le docteur Rabuteau (3) a résolu le problème en préparant des dragées, contenant le fer à l'état où il doit être amené par l'estomac avant de passer dans le système circulatoire.

Ces dragées contiennent chacune, très exactement, 25 milligrammes de sel ferreux, chimiquement pur.

Les ingénieux appareils imaginés par les professeurs Potain, Hayem et Malassez pour l'examen microscopique du sang (4), ont permis aux médecins d'étudier la valeur thérapeutique du Fer Rabuteau.

Parmi les observations publiées à ce sujet, nous rappellerons la suivante qui est pleine d'intérêt

Il s'agit, dans cette observation, d'une jeune fille profondément chloro-anémique, entrée à l'hôpital Necker, salle Sainte-Anne, et mise en expérience le 4 décembre. Son sang, examiné au compte-globules par le professeur Potain, ne contenait que 2,919,000 globules rouges par millimètre cube, la moyenne normale étant d'environ 4,500,980.

Elle prit, matin et soir, au moment des repas, deux dragées de fer Rabuteau. Les examens successifs jusqu'au 24 décembre, jour de sa sortie, donnèrent les résultats suivants :

	Nombre de globules rouges par millimètre cube.
4 décembre (jour d'entrée).....	2.919.000
7 —	3.486.000
12 —	3.696.000
24 — (jour de sortie)......	4 578.000

La malade avait donc gagné, en vingt jours, 1,659,000 globules, soit 82,950 globules rouges en moyenne par millimètre cube de sang et par jour.

La guérison était obtenue, attendu que le nombre des globules avait atteint la normale qui est un peu inférieure à 5,000,000 par millimètre cube chez la femme. Nous devons ajouter que, pendant la durée du traitement, l'appétit fut excellent; il n'y eut ni diarrhée ni constipation.

Cette étude si précise démontre que, dans la chloro anémie, le Fer Rabuteau régénère les globules rouges sanguins malades avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux; il leur donne plus de valeur physiologique et les rend plus riches en matière colorante.

En outre, n'étant ni styptique, ni caustique, et ne possédant aucune action coagulante et constrictive sur la muqueuse gastro-intestinale, ce ferrugineux ne provoque ni la constipation, ni la diarrhée; comme il ne demande pour être absorbé aucun travail digestif, il ne détermine jamais la pesanteur d'estomac, ni les accidents gastralgiques et dyspeptiques inhérents aux autres préparations.

Les effets thérapeutiques sont rapides et énergiques; chez des femmes dont les règles avaient cessé depuis un grand nombre de mois, l'aménorrhée disparut; chez d'autres, atteintes d'un état anémique persistant depuis longtemps, et d'autant plus grave que les ferrugineux ordinaires n'étaient pas supportés, les Dragées de Rabuteau, prises à la dose de 4 par jour, ramenèrent en peu de temps les fonctions digestives à leur état normal. Il devait en être ainsi, puisque ce fer n'a pas besoin de l'intervention du suc gastrique pour être rendu assimilable. Dans les chloro-anémies graves, où le suc gastrique est très pauvre en acide chlorhydrique, les effets sont remarquables.

En résumé, les études comparatives et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les Dragées de Rabuteau sont employées avec succès dans tous les cas où le fer est indiqué. Elles doivent être prises à la dose de 2 matin et soir aux repas. (UNION MÉDICALE.)

(1) G. Hayem, professeur à la Faculté de Paris : « Recherches sur l'anatomie normale et physiologique du sang. Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de médecine de Paris. »

(2) Ch. Richet : « Du suc gastrique chez l'homme et les animaux. » Paris, 1878.

(3) A. Rabuteau : « Traité de thérapeutique et pharmacologie. » Paris, 1884.

(4) Robert Moriez : « La chlorose » (thèse d'agrégation). Paris, 1880.

NOTES & INFORMATIONS

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — 2e session. Paris, 1886. — La deuxième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris cette année, du 18 au 24 octobre. La séance d'ouverture aura lieu le lundi 18 à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

Le succès du premier Congrès, malgré les lacunes inhérentes aux débuts d'une pareille entreprise, permet d'espérer de cette seconde réunion des chirurgiens français les plus heureux résultats pour les progrès de la chirurgie dans notre pays. En outre, la collaboration de plusieurs savants étrangers de langue française nous est assurée et nous est particulièrement précieuse.

Quatre séances seront consacrées à des *Questions mises à l'ordre du jour*, trois au moins aux *Questions diverses*.

Le Comité permanent a décidé que les mémoires dont les conclusions n'auraient pas été ainsi communiquées ne pourraient être lus qu'après les autres, et si le temps le permet seulement.

Tout mémoire n'ayant pas été lu ne sera pas publié.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part aux questions mises à l'ordre du jour ou faire toute autre communication sont priés d'en aviser le Secrétaire général avant le 15 août, *dernier délai*. Ils devront donner le titre de leur communication et si possible les *conclusions*.

Toutes les communications doivent être adressées à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire général du Congrès, *10, place Vendôme, à Paris*.

PRINCIPALES COMMUNICATIONS ANNONCÉES

1re *Question*. — NATURE, PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DU TÉTANOS.

Dr Vaslin, d'Angers. — Discussion.

Dr Balestreri, de Gênes. — Discussion.

Dr Thiriar, de Bruxelles. — Discussion.

Pr A. Socin, de Bâle.—Discussion.—Observations sur l'étiologie du tétanos tendant à donner les preuves que le tétanos est une maladie parasitaire.

Dr Manoury, de Chartres. — Discussion.

2e *Question*. — De la néphrotomie et de la néphrectomie.

Dr Jeannel, de Toulouse. — Observation de néphrectomie suivie de mort, où la tumeur rénale ne fut reconnue qu'au cours d'une laparotomie pratiquée pour une obstruction intestinale.

Dr Péan, de Paris. —Communication au sujet de la méthode relative à la néphrectomie et à la néphrotomie.

Dr Jules Bœckel, de Strasbourg. — Néphrectomie transpéritonéale pour kyste hydatique du rein.

Dr Le Dentu, de Paris. — Discussion.

Dr L. Championnière, de Paris. — Discussion.

Dr Bouilly, de Paris. — Trois observations de néphrotomie.

3° *Question*. — Des résections orthopédiques.

Dr Mollière, de Lyon. — Discussion.

Dr Vaslin, d'Angers. — Discussion.

Dr Ollier, de Lyon. — Discussion.

4° *Question*. — De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles.

Dr Lagrange, de Bordeaux. — Discussion. — Observation d'arthrite traumatique du coude chez un homme de 35 ans. — Résection sous-périostée. — Néoformation de l'olécrane. — Retour presque complet des mouvements normaux et de la force du bras.

Dr Mollière, de Lyon. — Discussion.

Dr J. Reverdin, de Genève. — Discussion.

Dr Polaillon, de Paris. — Discussion.

QUESTIONS DIVERSES

Dr Chénieux, de Limoges. — Le drainage et la réunion primitive.

Dr Terrillon, de Paris. — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire — Conséquences au point de vue du kyste lui-même et des résultats opératoires.

Dr Michelot, de Paris. — De l'hystérectomie vaginale. — Indication et manuel opératoire.

Dr Chaumier (Indre-et-Loire). — La pseudo scrofule au point de vue chirurgical.

Dr Poncet, de Lyon. — Des greffes osseuses dans les pertes de substances étendues du squelette.

Dr Jules Hue, de Rouen. — Rupture du périnée. — De ses causes, de ses effets, des moyens de la prévenir.

Dr Desnos, de Paris. — Extirpation d'un papillome de la vessie par la voie hypogastrique.

Dr Abadie, de Paris. — Des procédés actuels de l'opération de la cataracte.

Dr Galezowski, de Paris. — De l'ophthalmotomie postérieure dans les épanchements sanguins et séreux intra-oculaires.

Dr Galezowski, de Paris. — De l'emploi du thermo cautère dans la chirurgie oculaire.

Dr Chalot, de Montpellier. — Sur la maladie de Paget, faux eczéma de l'aréole du sein.

Dr Chalot, de Montpellier. — Sur l'ablation totale du membre supérieur avec l'omoplate : technique, indications et résultats.

Dr J. Reverdin, de Genève. — Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde.

Dr Le Deotu, de Paris. — Examen des procédés d'opération du varicocèle d'après des observations personnelles.

Dr Thiriar, de Bruxelles. — Sur l'analyse des urines en chirurgie abdominale.

Dr Mhiriar, de Bruxelles. — Présentation d'un individu opéré *in extremis* de colotomie.

Dr Vaslin, d'Angers. — Des modifications de la trépanation dans les accidents cérébraux consécutifs aux lésions traumatiques du crâne, fractures et contusions.

Dr Vaslin, d'Angers. — Etude clinique sur l'ostéomyélite et son traitement.

Dr Leriche, de Lyon. — Tumeur coccygène congénitale.

Dr Terrier, de Paris. — De la cure radicale des hernies épigastriques non étranglées.

Dr L. Championnière, de Paris. — De la résection du genou.

Dr L. Championnière, de Paris. — De la trépanation des os atteints d'ostéite simple et tuberculeuse.

Dr P. Reclus, de Paris. — Sur une opération nouvelle de fistule recto-vaginale.

Dr S. Pozzi, de Paris. — Sur le diagnostic et le traitement des kystes du vagin.

Dr A. Marchand, de Paris. — Traitement chirurgical du prolapsus utérin.

Dr Maunoury, de Chartres. — De la température dans les maladies charbonneuses.

Nous croyons utile de remettre sous les yeux de nos lecteurs les articles suivants.

Extraits des statuts :

III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et paient cotisation.

VI. La cotisation annuelle des membres est de *20 francs*. Elle donne droit au volume des Comptes-Rendus du Congrès.

Une cotisation de *trois cents francs* donne droit au titre de Fondateur.

Une cotisation de *deux cents francs* confère le titre de Membre à vie. L'une et l'autre opèrent le rachat de toute cotisation annuelle.

— Institut Pasteur. — La 45e liste a produit, réunie avec les précédentes, 1,055,968 fr. 69.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. Estor, professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier, vient de mourir brusquement, à l'âge de 56 ans.

— M. le docteur Cayrade, maire de Decazeville.

∴

Faculté de médecine de Paris. — Le ministre de l'instruction publique vient de décider la mise à la retraite, par limite d'âge, de MM. les professeurs Hardy, Gavarret et Sappey.

— *Concours d'agrégation* (physique, chimie et pharmacie). — Ce concours s'est terminé mercredi 21 juillet 1886, à six heures et demie du soir. Les candidats dont les noms suivent ont été proclamés agrégés des Facultés de médecine ci après dénommées :

Physique. — Faculté de Lyon : M. Malosse. — Faculté de Montpellier : M. Didelot.

Chimie. — Faculté de Paris : M. Villejean. — Faculté de Lille : 1. M. Lambling ; 2. M. Morelle. — Faculté de Lyon : M. Hugounenq. — Faculté de Nancy : M. Guérin.

Pharmacie. — Faculté de Lille : M. Thibaut. — Faculté de Lyon : M. Florence.

— Les différents concours du clinicat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

1° Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques. — Chef de clinique titulaire : M. Morel-Lavallée; adjoint : M. Feulard.

2° Clinicat des maladies des enfants. — Chef de clinique titulaire : M. Queyrat; adjoint : M. Legendre.

3° Clinicat des maladies mentales. — Chef de clinique titulaire : M. Pichon ; adjoint : M. Rouillard.

4° Clinicat médical. — Chefs de clinique titulaires : MM. Bourcy et Sapelier ; adjoints : MM. Duflocq et Œttinger.

5e Clinicat chirurgical.— Chefs de clinique titulaires : MM. Barrette, Castex et Guinard ; adjoint : M. Hache.

6e Clinicat obstétrical. — Chef de clinique titulaire : M. Loviot; adjoint : M. Boissard.

7e Clinicat ophthalmologique.—Chef de clinique titulaire : M. Valude ; adjoint : M. Kolt.

— Le concours ouvert pour la nomination à deux places de prosecteur s'est terminé lundi dernier ; ont été nommés : 1. M. Boiffin; 2. M. Hartmann.

— Le concours ouvert le 31 mai dernier pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé lundi 26 juillet 1886. Ont été nommés : MM. les docteurs Marchant et Bazy.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 18 au samedi 24 juillet 1886

Fièvre typhoïde 13.—Variole 1.— Rougeole 22 —Scarlatine 10. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup 22 — Choléra 0. — Dysentérie 7. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 0. — Autres affections épidémiques 0.— Méningite (tubercul. et aiguë) 49. — Phthisie pulmonaire 167.— Autres tuberculoses 30 —Autres affections générales 66 — Malformation et débilité des âges extrêmes 44. — Bronchite aiguë 27. — Pneumonie 0. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 59. — au sein et mixte 105. — Inconnu 45. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 12. — de l'appareil circulatoire 79. — de l'appareil respiratoire 67. — de l'appareil digestif 50. — de l'appareil génito-urinaire 42. — de la peau et du tissu lamineux 26. — des os, articulations et muscles 3 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 6. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 32. — Causes non classées 15. — Total de la semaine: 1010 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traitement de la laryngite chronique arthritique aux thermes de Luchon, par le docteur P. Ferras, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin en chef de l'hôpital thermal Ramel. Un volume in-8 de 50 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Nouveaux éléments de pathologie externe, publiés par le professeur A. Bouchard (de Bordeaux). — Tome Ier, 1er fascicule : Pathologie externe générale. Avec la collaboration de M. le professeur Coyne (de Bordeaux), de MM. les professeurs agrégés Poinsot, Planteau, Piéchaud, Lagrange, de la Faculté de médecine de Bordeaux. Grand in-8 de 352 pages. — Prix : 6 fr. — Paris. Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

L'ouvrage complet formera deux volumes, qui paraîtront chacun en deux fascicules. Le second fascicule du tome Ier est sous presse. Le prix total de l'ouvrage, qui sera terminé en 1887, ne dépassera pas 24 francs.

Des localisations dans les maladies nerveuses sans lésions appréciables (Essai de localisation du processus morbide dans les névroses), par le docteur René Grenier. Un volume in-8 de 75 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie O Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS GAZEUSES DE LA RÉGION ANTÉRIEURE DU COU, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Les tumeurs gazeuses du cou et de la partie antérieure du thorax, sans fractures de côtes, sont assez rares pour que j'aie pu croire intéressant de relater les deux faits suivants :

OBSERVATION I. — *Goître aérien unilatéral. — Emphysème spontané sur le côté droit du cou survenu dans le cours d'une bronchite.*

Anna T... est née le 28 décembre 1884 ; elle est nourrie par sa mère. Elle fut prise de toux, d'une bronchite simple, à partir du 18 mars 1885.

Le 16, on a remarqué une grosseur à la région sous-claviculaire et sus-claviculaire du côté droit. Au toucher, je perçois de la crépitation. C'est de l'emphysème sous-cutané. Il n'y a pas de trace de traumatisme. La mère prétend que la grosseur a eu son origine au pli de l'aine, du côté droit, d'où elle serait montée rapidement jusque sur le cou. Je trouve tout le côté droit de la région cervicale gonflé et le gonflement s'étend sous la clavicule du même côté. Une pression légère fait sentir la crépitation caractéristique de l'emphysème traumatique. L'enfant tousse constamment et, à chaque effort de toux, le gonflement augmente sans qu'il m'ait été possible de distinguer nettement si c'est au moment de l'inspiration ou au moment de l'expiration que le gonflement augmente. Toutefois, il m'a semblé que c'était quand l'enfant criait (et elle criait presque incessamment) que la tumeur se tendait. L'auscultation était on ne peut plus difficile dans ces conditions. Cependant j'entendais sans peine des râles ronflants et sifflants dans le poumon gauche. Evidemment, c'était un effort de toux qui avait produit une rupture du canal aérien suivie d'emphysème. Je ne constatai aucune fracture de côte, non plus qu'aucune rupture des cartilages du larynx. Le pouls battait 116 fois par minute. Je me contentai de prescrire l'application de cataplasmes de farine de graine de lin, arrosés d'eau blanche, sur le côté droit du cou et de la partie antérieure du thorax. Je conseillai de donner à l'enfant une cuillerée à café de sirop de Desessartz d'heure en heure.

Le lendemain, la toux était un peu calmée, la tuméfaction sus-claviculaire était un peu moins marquée et, sous la clavicule, il n'y avait presque plus d'emphysème. L'enfant criait quand même très énergiquement lorsque je voulais tenter de l'ausculter.

Le 18, la tuméfaction est limitée au cou. La toux est presque disparue.

Le 19, en pressant le côté droit du cou avec quatre doigts, appliqués à plat, la tumeur me paraît diminuée. La crépitation n'existe pour ainsi dire plus. Je prescris du sirop de Tolu et du sirop d'éther mêlés à parties égales ; on donnera une cuillerée à café de ce mélange toutes les deux heures.

FEUILLETON

CHRONIQUE MENSUELLE.

Nosographie d'une nouvelle maladie. — La pasteurophobie. — Nouvelle étiologie de la rage. — Lamartine et « l'Ange Rabique » — Vétérinairerie et médecine mêlées. — Joyeusetés municipales. — La diphthérie et ses victimes. — L'ordre du Mérite humanitaire.

M. Pasteur ne se doutait pas, alors que patiemment et avec un courage que l'on ne saurait trop louer, tandis qu'il étudiait et terrassait presque cette ennemie jusque-là invaincue, la rage, il ne pouvait prévoir, dis-je, que ses immortelles découvertes allaient donner jour à une nouvelle maladie. Quoiqu'elle ne soit pas du domaine courant, son extension se fait si rapide que je propose, suivant toute justice, de la nommer : *Pasteurophobie*.

***

De quel autre nom parlementaire appeler la manifestation dont la salle des mariages de la mairie du IVe arrondissement a été témoin. Certes, c'est à juste titre que M. Bouiller, vétérinaire, dit-on, a pu invoquer pour la rage une étiologie qu'il croit nouvelle, mais qui était couramment admise il y a cinq cents ans.

« Il y a des gens qui sont « enragés » sans pour cela avoir été mordus par des chiens », s'est-il écrié pour la plus grande joie des auditeurs, et aussitôt a commencé le roman du mari mourant enragé du « mauvais sang » que lui fait faire sa ménagère.

Mlle Louise Michel, « l'Ange de la rage », eût dit Lamartine, à laquelle manque seulement ce sacrement pour que sa religion soit éclairée sur ce dernier point, a opiné du « bonnet ». *Quod erat demonstrandum.*

***

Jusqu'ici la conférence (c'est le nom, paraît-il, de ces choses) n'était que joyeuse, mais avec la suite elle est devenue triste, infiniment triste. Navrant, en effet, le martyrologe des lapins de la rue d'Ulm sacrifiés sanguinairement, mais combien plus émotionnant ce flot de reproches adressés par un Français à Pasteur, et quels reproches ! de n'être pas brave, d'être pensionné de l'Etat. J'en passe et des plus... mauvais.

Le 21. toute fièvre a disparu ; la pression semble faire s'évanouir la poche aérienne.

Le 23, il n'y a plus ni fièvre, ni toux. Le cou n'est pas plus saillant à droite qu'à gauche.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus d'un an, on n'a pas vu reparaître la moindre saillie gazeuse, et la fillette se porte très bien.

Réflexions. — 1° D'après les constatations, d'ailleurs fort incomplètes, que j'ai pu faire, il m'a semblé que, dans ce cas, il y avait eu rupture de la membrane thyro-hyoïdienne.

2°. En considérant la succession des symptômes, il m'a paru difficile d'assimiler ce cas à celui observé par Morel-Lavallée (1) et dans lequel il se serait agi d'une hernie du poumon, dont l'orifice aurait été limité par le rebord de la première côte, et qui, d'après S. Duplay (2), n'aurait été qu'une exagération de la saillie normale du sommet du poumon au-dessus du plan de l'ouverture supérieure du thorax.

Obs. II. — *Absence congénitale de la première pièce du sternum. — Diverticulum aérien au devant du cou et à la partie supérieure et médiane du thorax.*

Le 2 juin 1885, on m'apporte un enfant né le 3 mai précédent près de Montmarault. M. et Mme X..., non consanguins, ont eu un premier enfant, un fils, âgé aujourd'hui de quatre ans et demi, parfaitement constitué. Leur deuxième enfant, du sexe masculin, présente au devant du cou une tumeur aérienne s'affaissant brusquement et complètement à chaque inspiration. Cet enfant offre une sorte de bifurcation du sternum, une exagération de la fourchette sternale ou, pour mieux dire encore, une absence totale de la première pièce du sternum, du *manubrium*. On ne sent aucun des anneaux de la trachée; il semble qu'il y ait un vide complet de tissus solides entre le cartilage cricoïde et l'extrémité antérieure de la quatrième côte.

La distance *bi-acromiale* est de 0m15.

La distance des deux surfaces articulaires internes de la clavicule=0,045.

La longueur du sternum est de 0,035.

Le volume de la saillie distendue par l'air à chaque mouvement d'expiration égale à peu près un œuf d'oie. Au toucher, on sent très nettement, et aussi bien à droite qu'à gauche, la surface articulaire de l'extrémité interne de la clavicule. Les premières côtes d'un même côté semblent, par la palpation, se rapprocher et être accolées par leur extrémité antérieure. Ce n'est guère qu'à partir de la cinquième côte que l'on commence de sentir sur la ligne médiane une surface osseuse, le sternum ; mais, chose bizarre, au niveau de l'appendice xiphoïde, on constate un léger plissement de la peau qui s'accentue vers la pointe xiphoïdienne et va augmentant, formant un repli, un véritable raphé le long de la ligne blanche pour s'arrêter à l'ombilic.

Les cris font saillir la poche qui se vide et s'affaisse en formant un creux oblong à chaque inspiration. La peau, à ce niveau, paraît très amincie. Je demande à revoir l'enfant le mois suivant. J'avais parlé d'un appareil de compression, destiné à prévenir une distension exagérée de la peau. Je n'ai revu l'enfant que le 17 février 1886. La poche se remplit toujours brusquement et on ne peut plus rapidement à chaque expiration ; elle s'affaisse totalement et très complètement à chaque inspiration. Cette poche est recouverte d'une couche de peau très mince. L'auscultation est on ne peut plus pénible, et chaque cri de l'enfant se traduit à l'oreille (qu'elle soit appliquée directement sur la peau ou qu'elle subisse l'intermédiaire d'un stéthoscope) par un bruit éclatant.

J'ai proposé la fabrication, sur mesure, d'un appareil destiné à maintenir les choses en place, d'une sorte de pelote ayant pour but non de faire disparaître la hernie aérienne, mais seulement d'empêcher l'augmentation de volume, la distension exagérée d'une poche qui pourrait arriver à se rompre. Les choses en sont encore là. L'enfant, âgé de quatorze mois, est dans un état de santé relativement excellent.

Réflexions. — Cette observation me paraît unique dans la science. On connaît cependant bien des difformités congénitales du sternum ; on a signalé même des cas d'absence totale de cet os. Rappelons les principaux faits; et d'abord, en première ligne, l'observation relatée par le professeur Abbott (de Bahia) à la Société de biologie, au mois d'octobre 1852; chez une négresse âgée de 30 ans, les cartilages des côtes s'adossaient les uns aux autres à la manière des fausses côtes; ils s'écartaient de deux pouces de la ligne médiane à chaque inspiration et se rapprochaient à l'expiration. « Si elle veut rire, l'espace qui divise les deux moitiés du thorax est de quatre travers de doigts de largeur, et on peut saisir à la main le cœur et sentir parfaitement ses vibrations. » Cette femme était forte, n'avait jamais éprouvé de maladie, avait accouché facilement et nourri ses enfants. Elle travaillait comme les autres esclaves.

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1847, t. I, p. 104.
(2) *Traité de pathologie externe*, t. V.

* *

La péroraison de l'homélie a été ce qu'elle devait être, nouvelles étaient les attaques contre la méthode du maître, nouvelle a été la formule du traitement anti-rabique. Arrière les moelles, les virus atténués, tout cela est poncif, l'honorable conférencier a un moyen plus neuf, et, comme il a l'âme grande, qu'il ne cherche pas à « spéculer » sur la misère, il le donne son moyen sans barguigner, et il..... cautérise !

* *

Eh! bien, lecteur, croyez-m'en si bon vous semble, le succès n'a pas été tout entier à la vétérinairerie, la noble profession médicale peut revendiquer sa part, car elle a été belle, grâce à un confrère « savez-vous ».

« L'immensité est sans limite et n'a point de fin. La matière est » partout; partout la matière remplit le monde; le monde est plein » de matières; le vide n'est nulle part. »

Un gouailleur a riposté : « Hormis dans votre discours! »

Après ce préambule, qui me rappelle le fameux : « Tout arrive dans la vie, même la mort », l'orateur gravissant les sommets, formule les lois de l'attraction, que d'ailleurs l'assemblée ne semble pas bien saisir, et moins encore subir. Ce que voyant, l'aimable confrère explique le téléphone et ses mystères. Voilà pourquoi la rage est une...... *épine!* Oui, vous avez bien lu, une épine, et Pasteur n'est qu'un matamore en se vantant de l'avoir tirée — cette épine — du pied de l'humanité. Faut-il le dire ? L'assemblée a un peu protesté, cette épine la blessait évidemment, aussi l'orateur, sévère mais juste, s'est écrié : « On nous traitera d'ignorants, d'im» béciles, d'originaux », et un loustic de répondre : « Alors, c'est une confession ».

La fête, car c'en est une pour l'esprit français (quoique l'orateur, savez-vous, fut belge), s'est terminée par l'audition de quelques gloires municipales, et surtout pseudo-médicales.

Un illustre de la compagnie a donné aussi son avis sur l'étiologie de la rage, on le peut résumer dans ces trois mots :

« Engouement, emballement, peur! »

* *

Et maintenant, travaillez, ô Maître! dotez votre pays d'une découverte si féconde que les esprits les plus ouverts n'en perçoivent

En 1860, à Paris, dit M. Servier dans son article *Sternum* du DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE DECHAMBRE, « on a pu voir dans plusieurs cliniques un individu chez lequel le cœur, privé de protection en avant par absence du sternum, battait immédiatement au-dessous de la peau, qu'il soulevait à chaque pulsation. Son moulage en plâtre est conservé au Musée du Val-de-Grâce. »

Dans un autre cas, rapporté par le docteur Ténières, il s'agit d'un militaire mort phthisique à 32 ans, chez lequel le diaphragme était très élevé « à raison du peu de longueur du sternum. Cet os, en effet, au lieu d'être formé de trois pièces bien développées, ne présente qu'un nombre égal de petits noyaux spongieux, unis par des cartilages, et sa longueur totale n'est que d'environ cinq pouces. L'appendice xiphoïde descend fort bas; sa présence a pu contribuer à faire méconnaître le peu de hauteur de la poitrine ».

Wiedmann a cité le fait d'un individu chez lequel le sternum n'était représenté que par sa partie supérieure.

Nous passons sur les cas bien plus fréquents d'asymétrie du sternum; nous ne ferons également que mentionner les cas où le sternum était traversé par une ou plusieurs ouvertures; ce sont là des arrêts de développement.

Des trois pièces du sternum, c'est l'appendice xiphoïde qui est le siège du plus grand nombre de difformités et surtout de déformations, souvent professionnelles, comme les faits de propulsion de la pointe xiphoïdienne en arrière, ou la saillie exagérée de cette même pointe en avant, etc. la peau.

Le docteur Lino-Ranirez (de Mexico) a rapporté, dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (1868, p. 66), le cas d'un individu, homme de 75 ans, qui se trouvait à l'hôpital central de Séville au mois de juin 1867, et qui n'avait jamais eu de maladie grave, ayant toujours en des occupations qui ne lui causaient point de fatigue. Cet individu présentait un vice de conformation assez curieux. Mettant à nu la poitrine, on voyait dans toute la longueur du sternum un canal divisant l'os sur son milieu, canal irrégulier sur ses bords convexes. Il mesurait, à la partie supérieure, une largeur de 0,04, se prolongeait sur la région trachéo-laryngienne, circonscrit à cet endroit par les bords internes de la portion sternale du muscle sterno-mastoïdien. « En bas le canal se rétrécissait d'abord un peu, et au niveau de la troisième et de la quatrième côte, il était impossible de faire pénétrer le petit doigt. A partir de là, le canal s'élargissait encore une fois, jusqu'à la cinquième et sixième côtes, où on trouvait une espèce de sinus qui allait s'épanouir à la région épigastrique.

« Pendant les mouvements respiratoires, ajoute M. Lino Ranirez, on voyait ce canal se rétrécir et s'élargir alternativement; ses bords arrivaient presque à se toucher dans le premier cas, sur la partie la plus étroite, exerçant une forte pression sur le doigt placé, là où le canal permettait son introduction. Mais ce qui frappait le plus l'attention, c'était de voir les mouvements du cœur, presque comme si cet organe était à nu. »

Rappelons encore le fait observé par J. Hamersky, d'un homme de 23 ans, présentant une fissure congénitale du sternum, fait dont M. Béhier fit l'objet, en octobre 1855, d'un long mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Il n'y avait pas d'articulations sterno-claviculaires: mais l'extrémité interne de la clavicule était posée sur la partie supérieure de la moitié correspondante du sternum. En bas, les deux moitiés du sternum se réunissaient en une portion cartilagineuse précédant et supportant le cartilage xiphoïde. Cette fissure formait un triangle à base tournée en haut; elle avait la forme d'un V.

Jahn a rapporté aussi un cas de fissure congénitale du sternum dans le DEUTSCH. ARCH. FÜR KLIN. MED. (t. XV, p. 200). —Enfin Sabatier a observé plusieurs fois une certaine mobilité congénitale de la seconde pièce du sternum sur la première. Il cite l'exemple d'une petite fille de 7 à 8 ans qui présentait ce défaut de conformation.

Voilà bien des difformités congénitales du sternum; mais si nous nous en rapportons à l'article de M. Servier (1), il n'est cité aucun fait d'absence totale de la première pièce du sternum et de cette pièce seulement. C'est à ce titre surtout que l'anomalie qu'il nous a été donné d'observer, mérite d'attirer l'attention.

En second lieu, nous ferons remarquer que chez notre jeune sujet le cœur bat bien à sa place et qu'on ne sent la présence d'aucun des gros vaisseaux dans le vide qui se trouve à la partie supérieure du thorax.

Mais ce que nous devons surtout relever, c'est la présence de cette poche gazeuse, de cette sorte de *diverticulum* aérien qui s'étend à la partie supérieure du cou, faisant une saillie

(1) DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, de Dechambre. — Article *Sternum*.

pas les résultats précis, tant ils semblent fabuleux; travaillez, pour être honni par une bande de « sous-vétérinaires ». Et nous, qui vous admirons, nous vous disons respectueusement: « Groupez autour de vous les talents qui se cherchent, les forces qui veulent s'employer; votre vaste génie ne peut suffire à tout; soufflez au cœur des jeunes les nobles ambitions, et que l'un d'eux nous « atténue » la diphthérie, cette horrible chose, qui vient de nous prendre Dussaud, si jeune, et auquel j'envoie mon dernier adieu.

***

Je l'avais connu, deux mois durant; il avait été mon externe; c'était une nature douce, au service d'une belle intelligence, et puis la mort le prend! Contre de telles injustices, on voudrait protester, on voudrait pallier ce qu'a d'horriblement navrant, ces départs si prématurés, pour ceux qui restent, pour une famille dont le fils était l'espoir. Et pour ces soldats « morts à l'ennemi » pas un centimètre de ruban rouge, une plaque de marbre, ce marbre mortuaire qui forme les tables d'honneur d'un ordre incréé: le Mérite humanitaire.

DUPLEIX.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret, en date du 30 juillet 1886, ont été promus dans le corps de santé de la marine:

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Mondoo, Daclot, Chové et Facieu.

**

SOUSCRIPTION POUR UN MONUMENT COMMÉMORATIF A.-P.-L. PANUM. — Une souscription est ouverte depuis l'année dernière à Copenhague pour élever un monument à l'illustre physiologiste danois. La REVUE INTERNATIONALE DES SCIENCES MÉDICALES pense qu'il est du devoir de la presse médicale française de s'associer à cet hommage rendu à un savant. Les médecins français qui se souviennent du Congrès médical de Copenhague doivent profiter de cette occasion pour témoigner une fois de plus de leur sympathie à leurs confrères du Danemark. Les souscriptions sont reçues chez M. le professeur Carl Lange, 22, Kronprinssessegrade, à Copenhague. La REVUE INTERNATIONALE DES SCIENCES MÉDICALES se charge de transmettre au Comité de Copenhague les souscriptions qui pourraient lui être adressées, 21, boulevard Saint-Germain.

(PROGRÈS MÉDICAL.)

de quelques centimètres d'épaisseur, où l'air s'engouffre brusquement à chaque expiration, pour s'affaisser tout aussi brusquement au début de l'inspiration.

Enfin, nous rappellerons la présence d'un raphé cutané sur la ligne médiane du thorax, raphé commençant au niveau de l'extrémité supérieure de l'appendice xiphoïde, et se continuant en s'accentuant jusqu'à l'ombilic.

En rapprochant dans un même travail la relation des deux faits que l'on vient de lire, je ne me fais pas d'illusion sur les différences qui les séparent, et je ne les publie ensemble que parcequ'ils se sont présentées à mon observation presque en même temps, à un intervalle de quelques mois. Ils sont en effet très dissemblables. Si, dans le premier cas, il s'agissait d'une tumeur acquise, dans le deuxième il s'agit d'une tumeur congénitale; dans le premier, la tumeur a été passagère; dans le deuxième, elle est persistante. L'une était unilatérale; l'autre occupe parfaitement la ligne médiane. En face de caractères aussi distincts, ces tumeurs n'ont eu d'autres caractères communs que : 1° le siège qu'elles occupaient (cou et partie supérieure du thorax); 2° la nature gazeuse de leur contenu, et 3° enfin cette circonstance d'avoir été observées toutes les deux chez des tous jeunes enfants, presque nouveau-nés.

ÉTIOLOGIE

De la contagion de la tuberculose par les poules

Par le docteur G. de Lamallerée.

Le hameau de C... compte une dizaine de feux et présente au point de vue hygiénique tous les avantages désirables. Situé à 415 mètres au-dessus du niveau de la mer, sur le versant méridional d'un mamelon cultivé, au centre d'une grande forêt, le sol y est sain, l'air pur et vivifiant.

La petite population qui l'habite est uniquement formée de quelques cultivateurs et de bûcherons, natures robustes et saines, comme l'air que l'on respire en cet endroit.

Les maladies des villes sont inconnues à C... où, de mémoire d'homme, l'on ne meurt que de vieillesse, de pneumonie ou d'accident.

En 1872, un jeune homme, M..., revenant de captivité en Prusse, à la suite de notre malheureuse campagne, vint se fixer à C... comme ouvrier bûcheron. A cette époque, il avait une bronchite contractée pendant la guerre et dont il n'avait pu se guérir. Il se maria avec une jeune et vigoureuse fille du pays, âgée de vingt-cinq ans, qui devint rapidement mère : elle eut un fils neuf mois après son mariage. Peu après s'être marié, M... eut une première hémoptysie suivie de plusieurs autres à très courts délais. Bref, il mourut phthisique deux mois après la naissance de son fils.

La femme M... avait assidument soigné son mari, ne sortant, pour ainsi dire, jamais de l'unique pièce, assez mal aérée du reste, formant leur habitation commune. Quelque temps après avoir sevré son enfant, elle eut à la suite d'un refroidissement, dit-elle, une bronchite qui devint chronique, et peu à peu les signes manifestes de la tuberculose pulmonaire se montrèrent chez elle, avec leur cortège habituel. L'enfant s'est élevé fort difficilement; il a eu bronchite sur bronchite; actuellement, il est le type accompli du petit tuberculeux d'origine.

Depuis deux ans, la mère a des cavernes qui s'accroissent lentement et qui provoquent, chez elle, l'expectoration abondante commune aux phthisiques. Actuellement, elle marche à grands pas vers la terminaison fatale de sa maladie.

Tout dernièrement, je fus appelé dans une autre maison du même hameau pour donner mes soins à une jeune femme, voisine assez éloignée de la femme M..., et je dois avouer que je fus assez surpris de trouver chez cette femme les signes du premier degré de la phthisie pulmonaire. Je la connaissais déjà pour une robuste constitution, âgée de vingt-neuf ans, indemne de toute diathèse. Aussi, cherchai-je minutieusement quelle cause peuvait avoir déterminé l'éclosion du tubercule chez une personne comme cette femme, qui était allée très peu chez sa voisine, la femme M..., n'y avait jamais couché, n'y avait jamais mangé. Chez elle il y avait bien évidemment contagion, elle devait mêms venir du foyer voisin, mais par quelle voie ? Après bien des questions et des recherches infructueuses je finis par apprendre que la femme B... avait mangé onze poules, péries chez la femme M..., dans l'espace de quatre mois; et que, pour mieux faire, sentant ses forces diminuer, elle les faisait très peu cuire, croyant se nourrir d'une façon plus substantielle en mangeant de la viande saignante.

J'avais récemment lu l'observation de ce garçon de l'Ecole vétérinaire d'Alfort qui, phthisique lui-même, avait contaminé par ses crachats la basse-cour de l'Ecole, et celle publiée par M. Vallin, dans la Revue d'hygiène, ayant également trait à la contagion de la phthisie de l'homme aux poules. N'avais-je point sous les yeux un fait de plus à l'appui de cette donnée contraire à l'opinion de M. H. Martin? Sous l'influence de cette idée, je me rendis de suite chez la femme M... pour me rendre un compte exact de la façon dont périssaient ses poules et m'assurer qu'elles mangeaient ses crachats. Sur ce dernier point, je fus pleinement édifié et sans peine, car, en approchant de la maison de cette dernière, je l'entendis tousser et, à ce signal, je vois tout un bataillon de poules se précipiter vers la porte grande ouverte, absolument comme elles font dans nos pays à la voix de la femme qui leur porte leur repas. Ces poules étaient se pressant vers le bord du lit de la malade et se disputaient ses crachats.

Il en était péri une le matin même; je me la fis donner et, séance tenante, j'en fis l'autopsie : l'intestin était le siège de tubercules ramollis, au nombre de dix-sept, disséminés dans toute son étendue; de plus, le foie en était farci. Cette malheureuse poule était émaciée au suprême degré, depuis quelques jours elle ne volait plus et pouvait à peine marcher. Le liquide purulent contenu dans les tubercules du foie renfermait un grand nombre de bacilles tuberculeux.

Cette poule était donc bien tuberculeuse et je me crois en droit d'admettre que les poules péries précédemment, après avoir présenté les mêmes symptômes, l'étaient également.

Or, ces poules ont dû servir de véhicule au bacille tuberculeux pour aller contaminer la femme B..., qui les mangeait. Du moment où l'on admet que la contagion peut avoir lieu par le seul fait de manger dans une assiette ou de boire dans un verre ayant servi à un sujet phthisique, on peut admettre à bon droit la possibilité de l'inoculation des bacilles par le fait de manger un aliment qui en est chargé. Cet aliment, ayant subi une demi-cuisson, n'a pu être débarrassé des microbes qu'il renferme; il a donc conservé toute sa léthalité; il joue ici le rôle de cette enveloppe inerte de certaines préparations pharmaceutiques qui enrobent un principe actif et en mas-

quent la saveur pour en permettre plus facilement l'ingestion.

Le bacille, une fois dans l'économie, est, suivant la doctrine admise, entraîné par la circulation et, après avoir choisi son terrain favori, s'y implante, s'y développe et produit les désordres physiologiques et organiques qui lui sont propres. Dans le cas présent, il a fait élection de domicile dans le poumon, terrain favori du tubercule chez l'homme: il lui a fallu moins de quatre mois pour donner lieu à des désordres tels, que l'examen clinique seul peut permettre d'affirmer avec certitude sa présence. En effet, les signes stéthoscopiques fournis par la femme C... ne peuvent laisser planer le moindre doute sur la nature tuberculeuse de sa maladie de poitrine.

Réflexions. — Dans ce cas, on retrouve donc la triple contagion de la tuberculose :

1o de l'homme à l'homme,

2o De l'homme à l'animal,

3o De l'animal à l'homme.

La contagion de l'homme à l'homme est un fait acquis à la science.

La contagion de l'homme aux animaux a été admise par beaucoup d'auteurs; d'autres ont prétendu que certains animaux étaient réfractaires à l'inoculation, entre autres M. H. Martin, qui plaide en faveur de l'inocuité des poules. J'ai, plus haut, cité deux cas et j'en apporte un nouveau tendant à prouver l'aptitude des poules à devenir tuberculeuses par voie de contagion; elles ne seraient donc pas à l'abri de la contagion plus que les chiens, les chats, etc., etc..., ainsi que de nombreuses observations en font foi.

La contagion de l'animal à l'homme est actuellement démontrée suffisamment. Dans le cas que je décris, le véhicule qui transporte le bacille est différent. En effet, jusqu'à ce jour, on ne s'était presque exclusivement occupé que des cas de contagion par le lait des vaches.

J'avoue que bien peu de gens aisés encourront le risque de la contagion tuberculeuse en mangeant des poules péries tuberculeuses; mais, dans nos campagnes pauvres, où le paysan, moins délicat que le citadin et peut-être plus intéressé, ne veut rien laisser perdre, l'hygiène recommande la plus grande attention sur la provenance des poules destinées à la nourriture, et, de plus, une question qu'il serait bien désireux de voir élucider, c'est de savoir : si la poule, alors où elle commence seulement à se tuberculiser, ne serait point susceptible de contaminer celui qui s'en nourrirait; de même que celle de savoir quel degré de cuisson est capable de détruire les bacilles.

En tout état de cause, je crois utile, dès aujourd'hui et par simple mesure hygiènique, d'enlever soigneusement le foie, le tube digestif et le poumon des poules, dès qu'on les prépare pour la cuisson, et de rejeter absolument les poules suspectes.

Ainsi l'on se mettra à l'abri d'un danger chimérique parfois, mais, malheureusement, réel dans certains autres cas.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Péritonite péri-hépatique enkystée, suite de cholécystite calculeuse. — Symptômes presque uniquement diaphragmatiques. — Mort avec complications broncho-pulmonaires. — Athérome et lésions valvulaires aortico-mitrales, par M. Nicolle, interne à l'hospice des Petits-Ménages.

Observation. — Le nommé B..., 85 ans, admis à l'hospice des Ménages, entre le 12 avril 1886 au no 1 de la salle Labric (service de M. le docteur Albert Robin)..

Quelques notes ont déjà été prises à son sujet il y a deux ans. En voici le résumé :

« Rien à remarquer dans ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, on ne trouve ni alcoolisme ni syphilis, ni affections thoraciques, ni coliques hépatiques antérieures. En 1850, douleurs dans les bras et les épaules pendant deux mois, mais n'interrompant point son travail. En 1878, douleurs très vives dans tous les membres; séjour de cinq mois au lit. Ses jointures n'auraient jamais été tuméfiées, dit-il.

Au mois de mars 1884, léger état gastrique sans importance. On remarque alors, en l'auscultant, un souffle systolique à la pointe, très intense, propagé vers l'aisselle, et un souffle systolique à la base. Le pouls est lent (58 pulsations). Ni sucre ni albumine dans l'urine. Sort guéri le 2 avril.

Rentre le 4 mai 1884 pour les phénomènes suivants :

Dans la nuit précédente, il a été pris d'une sensation violente de constriction thoracique « comme si on lui serrait la poitrine dans un étau ». Respiration très gênée (orthopnée), nausées et vomissements. Le 4 mai, cessation de la douleur thoracique. Le 6 mai, disparition des étouffements...» Là s'arrête l'observation antérieure inachevée.

Interrogé le *13 avril au matin*, le malade se plaint de souffrir depuis l'avant-veille. Le *11 avril*, à minuit, il a ressenti une «chaleur très vive » rapidement suivie d'un violent frisson d'une durée de demi-heure à trois quarts d'heure (Tremblement intense et claquement de dents). Ce frisson n'a point aboli la sensation d'hyperthermie.

A peu près en même temps s'est manifesté un point de côté droit siégeant à la partie inférieure du thorax avec irradiations ascendantes jusqu'à la portion inférieure du cou (région antérolatérale). Puis se montre un certain degré de dyspnée sans toux.

Le *12 avril* (matin et soir), il ressent deux grands frissons semblables au premier.

L'examen du malade révèle alors les particularités suivantes :

Etat général non inquiétant. Langue sèche, un peu jaunâtre sur sa partie moyenne; pas d'ictère. Sueurs; dyspnée modérée, sans toux. Douleur ayant spontanément les caractères déjà mentionnés. A la pression, tout le rebord costal droit (avant, arrière et latéralement) est très sensible. Le maxima de cette hyperesthésie provoquée se trouve au niveau de la région hypochondriaque et de l'épigastre. Point sterno-mastoïdien. Douleur au refoulement du foie, très violente; pas de bouton diaphragmatique.

Le diagnostic porté alors se résume, après une courte discussion des cas possibles, en ceci : inflammation sus ou sous-phrénique, probablement pleurésie diaphragmatique.

D'ailleurs, poumons indemnes de toute lésion aiguë; emphysème par contre très marqué.

Le cœur offre les deux souffles systoliques de la pointe et de la base, déjà constatés en 1884; le premier vraiment musical. La pointe bat dans le cinquième espace intercostal, un peu en dehors du mamelon. Pouls petit, irrégulier, inégal, notablement lent et dépressible.

T. { matin. 39,2 / soir... 39,4 }

Phénate de quinine, 0,50 centigrammes.

Le *14 avril*. — Mêmes caractères de la douleur. Elle est toutefois plus vive que les jours précédents, se réveille au moindre effort. Le malade la localise très bien « il souffre de toute la poitrine et du bas du cou, mais seulement à droite ». A la pression, on constate que les espaces intercostaux droits, près du sternum, sont très sensibles.

Toux légère, sans expectoration; le malade la retient, pour éviter la douleur. Toujours même oppression. Un examen minutieux du poumon n'y fait rien découvrir. Pas de modification du type respiratoire : langue humide; ventre légèrement ballonné.

T. { matin. 38,8 / soir... do

Injection de morphine *loco dolenti.*

Le 15 avril.—Le météorisme a disparu. Le malade a été hier à la selle sous l'influence d'un purgatif. Le pouls paraît absolument régulier aujourd'hui. La langue est redevenue un peu sèche. Dyspnée toujours marquée. Toux légère et sans expectoration. Quelques crépitations fines rares et disséminées à la partie postéro-inférieure du poumon droit. Très peu d'appétit.

T. { matin. 38,4 / soir... 38,6

Le 16 avril. — Mieux sensible. Moins de dyspnée. Douleur diminuée au niveau du sterno-mastoïdien et des espaces intercostaux.

T. { matin. 38,2 / soir... 38,6

Le 17 avril. — Sueurs abondantes. Mêmes signes que les jours précédents.

T. { matin. 38,6 / soir... 38,8

Le 18 avril. — Langue très sèche. Pouls un peu moins lent. La douleur même, au niveau de l'hypochondre, a subi une diminution notable. Augmentation de la dyspnée. Hier, commencement de frisson. N'a pas vomi.

A l'auscultation, on ne découvre rien en avant. Latéralement, quelques râles sous-crépitants fins, tout à fait aux parties déclives. En arrière et à droite, râles dans les deux tiers inférieurs, beaucoup plus fins à la base. Mêmes signes à gauche, mais râles plus disséminés et moins de différence entre le tiers moyen et le tiers inférieur.

T. { matin. 38,9 / soir... 39,1

Le 19 avril. — Le soir, frissonnements, avec sensation de chaleur. Dyspnée notable, cyanose, prostration très marquée. Ballonnement du ventre, sueurs profuses. Pouls beaucoup plus fréquent qu'à l'ordinaire, et petit. Persistance de la douleur hypochondriaque.

On entend maintenant en arrière et à droite des râles sous-crépitants plus abondants, plus fins, plus conglomérés qu'hier; ils prédominent beaucoup à l'inspiration. A gauche, râles plus disséminés, presque également inspiratoires et expiratoires, moins fins que de l'autre côté d'une façon générale.

Injection de 1 gramme d'éther; 40 ventouses.

T. { matin. 39,3 / soir... 39,2

Le 20 avril.—Ventre moins ballonné; sueurs moins abondantes. Mieux être considérable. Mêmes signes sthétoscopiques, quoique les râles soient moins abondants (ceux-ci atteignent maintenant latéralement le tiers inférieur de la hauteur du poumon); toux plus fréquente.

T. { matin. 38,2 / soir... 38,4

Le 21 avril.—Langue rôtie. L'amélioration n'a point persisté. Le malade va mal aujourd'hui. Voix faible. A l'auscultation, on remarque, en haut et en arrière, une respiration un peu soufflante. Dans les deux tiers inférieurs, des râles abondants fins et confluents, inspiratoires et expiratoires. Tout à fait à la base, ils sont simplement inspiratoires. Crachats peu abondants, sans caractère. Douleur au même degré que précédemment.

T. { matin. 37,8 / soir... 38

Le 22 avril. —. Diarrhée abondante, sueurs; dyspnée, relativement modérée. Pouls régulier. Mêmes signes sthétoscopiques. Râles aux deux temps, partout maintenant de plus en plus accusés.

T. { matin. 37,9 / soir... 38,2

Phénate de quinine, 1 gramme.

Le 23 avril.—Prostration, diarrhée toujours très marquée. Voix très faible, dyspnée augmentée; douleur toujours très nette, violente encore au refoulement des viscères. Expectoration comme ces jours-ci. Phénomènes d'auscultation curieusement modifiés. Rien en avant toujours. A gauche, râles sous-crépitants dans presque toute la hauteur de la zône axillaire; à mesure qu'on se rapproche de la partie postérieure, ils disparaissent de haut en bas en formant une sorte de courbe concave supérieurement et finissant au niveau du rachis. Ces râles sont fins d'abord, presque uniquement inspiratoires, puis de plus en plus aux deux temps, quand on ausculte les régions postérieures et inférieures.

A droite, dans le tiers moyen, foyer *isolé* de râles fins aux deux temps, sans souffle, mais avec bronchophonie (phénomène ne s'étant point encore produit depuis le début).

T. { 37.6 / 38.

Le 24 avril. — Douleur très vive. Mal-être. Pouls lent, mais formé de deux pulsations, se produisant rapidement, la deuxième plus faible et séparée des deux suivantes par un repos assez long. Rien ne rappelle d'ailleurs ici le dicrotisme même très exagéré. Toujours dyspnée et toux par moments. — Peu de modifications des signes locaux, le foyer est maintenant presque uniquement inspiratoire et la bronchophonie plus nette encore.

T. { matin, 39.2 / soir, 40.2

Le 25 avril. — Mort à huit heures du matin; extinction graduelle.

Examen des urines a l'entrée. — Urines foncées, très acides. Proportion d'acide urique notable. Traces d'albumine (chaleur et acide nitrique. Uro-hématine abondante. Indican nettement évident. Ni sucre, ni sédiments, ni pigments biliaires.

Autopsie. — Le *26 avril*, à neuf heures du matin.

Abdomen. — A l'ouverture de l'abdomen, on remarque l'existence d'une *péritonite périhépatique enkystée*, sous forme de cavité contenant 125 gr. de liquide environ (liquide purulent) et tapissé de fausses membranes assez épaisses, dont un certain nombre libres nagent dans le liquide.

On doit ainsi comprendre les limites de cette cavité : elle a, pour ainsi dire, deux étages.

Le premier, ou supérieur, s'étend (entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral du péritoine sushépatique) depuis le ligament transverse jusqu'au bord antérieur du foie, d'arrière en avant, — depuis le ligament suspenseur jusqu'au ligament triangulaire droit latéralement (à sa jonction avec le diaphragme, bien entendu).

Le second, ou inférieur, communiquant largement en avant et latéralement avec le premier, mais distinct en arrière (ligament transverse intact), est limité en arrière par le ligament coronaire, en avant par le bord antérieur du foie, et transversalement par le sillon cavo-cystique en dedans et le diaphragme en dehors. — En bas, la nappe purulente repose sur des fausses membranes tapissant la capsule surrénale, le rein, l'atmosphère périnéphrétique d'une part, l'angle du colon de l'autre. En avant, enfin, le colon transverse à son origine et le grand épiploon ferment la cavité et l'isolent de la granne cavité péritonéale, isolement précieux, puisque dans le sein de la collection purulente s'ouvre la vésicule biliaire, dont le fond est ulcéré et sensiblement dévié. — L'ulcus offre les caractères suivants : il admet le petit doigt sans difficulté (celui-ci, disons-le de suite, butte sur un volumineux calcul), offre une forme très irrégulière, déchiquetée et macéré à la fois. Du pus s'en échappe avec des fausses membranes. La déviation est telle que la perte de substance regarde en bas, en arrière et à droite.

En somme, la forme de la cavité est schématiquement celle d'un bissac à deux poches horizontales aplaties sus et sous-jacentes à la zone droite du foie et à collet vertical séparant l'extrémité du lobe droit de la paroi phrénique. — Diaphragme en haut, diaphragme en dehors et en arrière, organes sous-hépatiques droits en bas, colon et grand épiploon en avant, limitent et isolent la collection dans laquelle plongent le lobe droit tout entier et la vésicule dans sa plus grande partie.

Le *foie* isolé offre un volume a peu près normal, sans granulations à sa surface; il présente au niveau de la face supérieure du lobe droit, des taches laiteuses. Son poids est de 1135 grammes. A la coupe, aspect un peu granuleux; certaine résistance.

La *vésicule* est remplie presque entièrement par un gros calcul isolé, pesant 22 gr., noir, mou, du volume d'un œuf de pigeon. — La paroi vésiculaire amincie au niveau des bords de l'ulcus, est plutôt épaissie dans le reste de son étendue. En tous cas, doublure épaisse de fausses membranes jaune-soufre, identiques à celles de la cavité péri-hépatique. — Erailures, ulcérations de la muqueuse qui est rongée par places; décollements nets et trajets sous-muqueux en certains points; on chercherait vainement l'aspect aréolaire normal.

Canal cholédoque dilaté. — Voies biliaires intra-hépatiques n'offrant point de lésions appréciables à l'œil nu.

Reins. — Le gauche a son volume normal; la capsule se détache aisément. Quelques kystes à la surface où les étoiles de Verhuyen se détachent nettement. A la coupe, légère congestion. — Le droit offre les mêmes particularités, à ce détail près, que le cortex en est plus pâle notablement.

Rate. — Un peu augmentée de volume. Enorme plaque de périsplénite, comme si la rate était contenue dans un moule cireux, lisse et brillant. Tissu augmenté de consistance.

Thorax.

Poumons. — Gauche: atelectasié à la partie inférieure. Emphysème très marqué dans la plus grande partie, surtout aux lieux d'élection.

Droit: Symphyse pleuro-pulmonaire des trois quarts supérieurs. Lésions de pneumonie chronique dans deux tiers supérieurs environ, progressivement décroissante du sommet à la base. Petit ulcère pulmonaire au sommet. Tissu noir, induré, avec extasie bronchique généralisée, sans grandes proportions d'ailleurs. Dans le tiers moyen, alternance remarquable de zones emphysémateuses et scléreuses. Atéléclasie de la partie inférieure.

Plèvre droite. — Fausses membranes molles demi transparentes, peu adhérents et ne se trouvant que sur la face supérieure du diaphragme. Contraste énorme entre elles et la couche au moins 6 ou 8 fois plus épaisse qui recouvre la face inférieure. — 75 grammes de liquide citrin.

Cœur. — Mou, flasque, un peu dilaté mais non hypertrophié. Insuffisance aortique nette (épreuve de l'eau) quoique peu marquée. Rétrécissement aortique très manifeste. L'orifice mitral, *lui*, laisse passer, à léger frottement, les deux doigts; il n'est donc réellement point sténosé. — Orifices tricuspidien et pulmonaire normaux.

Myocarde mou, brun roux, rien de plus n'y est *alors* constaté.

Ce qui mérite l'attention, c'est la lésion végétante aortico-mitrale (végétations calcifiées).

L'orifice aortique est ainsi atteint: au niveau de la sigmoïdienne droite, végétations en chouffeur sur les deux faces, le bord libre étant cependant respecté. Elles forment saillie surtout à la face interne et remplissent un bon quart du godet sigmoïdien, rigide et béant. Une végétation surmonte l'orifice coronaire postérieur situé au fond d'un infundibule anfractueux, d'aspect déchiqueté. Pas de sténose. La sigmoïdienne postérieure disparaît, englobée dans les végétations, à sa face interne vaste bloc continue aux végétations de la vulve droite à la mitrale. Il se retrouve à la face externe, avec ses caractères exubérants remplissant plus d'un tiers du nid de pigeon. — La sigmoïdienne gauche est la moins atteinte. Orifice coronaire antérieur normal.

L'orifice mitral est fortement atteint dans sa valvule.

La valve droite est rigide crétacée, opaque sur sa plus grande étendue. Trois points y restent transparents : le septum de Pelvet, la zone située entre les sigmoïdes postérieure et gauche, enfin une portion de forme rectangulaire d'*un centimètre carré* immédiatement au-dessus de la ligne des végétations surmontant le bord libre. La face ventriculaire de la mitrale offre une chaîne de végétations exubérantes, dures, calcifiées, affectant la forme d'un triangle sphérique à base sus-jacente au bord libre et à sommet aboutissant juste à la partie moyenne de la sigmoïdienne postérieure.

Ce dessin se retrouve moins marqué à la face auriculaire.

Le bord libre n'est que peu atteint lui-même.

La valve gauche, elle aussi, n'offre que des lésions minimes. Ce sont simplement quelques végétations à sa partie moyenne et près du bord libre.

Les deux piliers du ventricule présentent des granulations près de l'insertion des tendons qui sont raccourcis dans une certaine mesure.

Aorte thoracique. — Lésions d'athérome très marquées à tous les degrés.

Examen histologique. — Il a porté sur le diaphragme, la vésicule biliaire, le foie, la zone de pneumonie chronique, le myocarde et les végétations de la mitrale.

Diaphragme. — Lésions ordinaires des exsudats sur les faces pleurale et surtout péritonéale. Dans l'intérieur même du muscle, les grosses travées conjonctives sont augmentées de volume et dissociées par un réticulum fibrineux gorgé de leucocytes. Les travées plus petites séparant chaque fibre musculaire sont également hypertrophiées et comblées de leucocytes, mais la fibrine y est moins apparente.

Les fibres musculaires se montrent indemnes. Les vaisseaux congestionnés offrent de la péri-vascuralité.

Quant aux nerfs, ils paraissent sains, mais le procédé employé (liqueur de Müller, alcool, picro-carmin) ne permet pas d'en dire davantage à leur égard.

Vésicule biliaire. — On y pratique également des coupes transversales. Celles-ci montrent une disparition complète de la muqueuse avec infiltration embryonnaire de toute la paroi cystique Les vaisseaux sont remplis d'hématies et sur la face interne se voit une vraie surface de granulations avec des amas fibrineux très superficiels.

Foie. — Il est le siège d'une cirrhose nette, quoique peu accentuée. Cirrhose péri-portale et çà et là (comme élément accessoire) péri-sus-hépatiques.

L'examen des espaces portes montre que le processus scléreux siège surtout au pourtour des canaux biliaires.

Les cellules hépatiques ont les caractères de l'atrophie pigmentaire et dans leur intervalle on rencontre plus ou moins volumineux des calculs microscopiques assez abondants.

Zone de pneumonie chronique. — Caractères classiques de cette lésion (*broncho-pneumonie*).

Myocarde. — Atteint de sclérose, mais par îlots, dans l'intervalle desquels le tissu est presque sain. Fibres musculaires normales (simplement pigmentées par places). Artères peu atteintes, sinon au voisinage et au sein des points chroniquement enflammés.

Végétations de la mitrale. — L'examen histologique y fait reconnaître les caractères ordinaires de l'athérome.

La couche profonde est absolument désorganisée par la production de foyers tendant à la coalescence. La couche superficielle de l'endocarde, au contraire, quasi saine et simplement soulevée par places, amincie ailleurs, n'est généralement prise que dans ses parties les plus profondes.

Réflexions. — L'observation précédente nous paraît inté-

ressante à trois points de vue : péri-hépatite enkystée, phénomènes broncho-pulmonaires, phénomènes cardiaques.

Examinons successivement ces particularités différentes :

Péri-hépatite enkystée. — *Anatomiquement*, nous avons affaire ici à une collection offrant un siège bien limité et rentrant dans une catégorie nettement définie les *péri-hépatiques circonscrites*.

Or on sait (et tout cela a été fort bien établi dans l'excellente thèse de M. Deschamps) que ces lésions circonscrites se montrent tantôt sus-hépatiques et sous-hépatiques (péri-hépatiques qu'on pourrait nommer horizontales) tantôt droites ou gauches (péri-hépatites verticales, si l'on veut).

Notre cas est donc un type classique de péri-hépatite verticale droite, c'est-à-dire de collection limitée de cet espace virtuel que forment les deux feuillets de la calotte péritonéale revêtant le lobe droit du foie. A cet égard, on peut le rapprocher avant tout du cas de Cruveilhier cité par M. Deschamps (observation X de sa thèse) avec lequel, du reste, il a d'autres points communs. Une bonne preuve encore de l'existence de cet espace virtuel dont nous parlons et de sa limitation bien nette, bien anatomique, ressort de l'obsevation de Méry (kyste sanguin du péritoine). Dans ce cas que nous avons eu l'occasion d'examiner à Ivry l'année dernière, la localisation du kyste sanguin est exactement celle de notre collection purulente. C'est assez dire l'importance de ce siège de la péri-hépatite qu'affectent plus ou moins nettement divers autres exemples cités dans le travail dont nous avons déjà parlé.

Cliniquement, nous croyons également pouvoir tirer de notre observation quelques données intéressantes, négatives, il est vrai, pour la plupart.

Que voyons-nous, en effet, comme signes hépatiques ou péri-hépatiques dans cette circonstance ? D'une part, l'existence d'une douleur de l'hypochondre droit, douleur intense surtout à la pression et au refoulement du foie durant jusqu'à la mort avec une légère diminution d'intensité à un certain moment, mais douleur à irradiations essentiellement phréniques et bien propre à égarer le diagnostic. D'autre part, tous signes négatifs, disions-nous; pas d'ictère (il est bien entendu que nous faisons ici la part de sa minime valeur en pareil cas), pas d'hépatomégalie, pas de vomissements, rien de spécial de côté des urines.

Un seul signe ou plutôt deux signes auraient seuls pu nous faire songer à l'élément *pus* dont l'examen local ne nous permettait point de constater la présence. Ce sont : d'une part, les trois frissons initiaux ; d'autre part, l'existence de la fièvre. Et encore si l'on considère que le malade offrait en même temps un point de côté droit et un état dyspnéique *sine materia* en apparence, on conviendra que l'hypothèse d'une pleurésie diaphragmatique était bien vraisemblable.

D'ailleurs, les jours suivants l'apparition de complications pulmonaires rendant l'appréciation de la courbe thermique très complexe annulaient toute la valeur qu'on eût pu tirer de celle-ci.

Nous ne dirons rien du léger ballonnement du ventre survenu à deux reprises, la moindre bronchite avec congestion pulmonaire l'amène assez fréquemment chez les vieillards pour lui ôter toute valeur.

Enfin, la diminution de la douleur sterno-mastoïdienne et intercostale qui paraissait au contraire devoir augmenter dans le cas de pleurite diaphragmatique aurait été un bon signe différentiel si à ce moment l'état grave du malade ne l'eût suffisamment expliqué à nos yeux. (La douleur hypochondriaque ayant disparu en grande partie aussi spontanément.)

Au point de vue du diagnostic donc le cas était des plus difficiles. L'hypothèse d'une angiocholite avec fièvre symptomatique ne pouvait se tenir, celle d'une simple colique hépatique encore moins. Restait donc la pleurésie diaphragmatique (et l'autopsie l'a montrée d'ailleurs, accesssoirement il est vrai et, sans être affirmatif à cet égard, elle était, il faut le dire, très probable. Toutefois nous étions restés dans des limites plus vagues, comme on l'a vu. Répétons donc que le diaphragme à peu près seul répondait ici à l'examen clinique et que notre cas est un exemple de péri-hépatique à *signes phréniques quasi seuls*. Il importait, nous croyons, d'y insister beaucoup.

Etiologiquement. — Il était très difficile de retrouver dans les antécédents du malade des preuves de lithiase biliaire, à moins de considérer comme une attaque de colique hépatique les phénomènes présentés en mai 1884. Mais peut-on être aussi affirmatif? Nous ne le pensons pas.

Avant d'achever ces réflexions sur l'élément périhépatite, disons que la cause même de la suppuration cystique probablement microbienne n'a pas été retrouvée par nous, malgré examen fait dans ce sens (diaphragme, foie). Nous nous garderons toutefois d'être négatifs à cet égard vis-à-vis d'une probabilité à laquelle nous croyons.

Disons aussi que l'intégrité de la fibre musculaire phrénique et sans doute aussi du nerf explique assez bien l'absence de modifications du rhythme respiratoire. Tandis que l'abondance des produits inflammatoires dans la cloison phrénique paraît suffire à légitimer les phénomènes sensitifs analogues en somme à ceux fournis par un nerf quelconque englobé dans un tissu phlegmasié.

Phénomènes broncho pulmonaires. — Ont-ils quelques rapports avec la péri-hépatite ? C'est peu probable. Ont-ils en tant que lésions aiguës des connexions avec la vieille broncho-pneumonie chronique ? C'est possible. Mais les preuves nous manquent pour établir la filiation de ces phénomènes et pour prouver l'évolution par phases aiguës successive ou non de la sclérose pulmonaire. Rappelons seulement la symphyse pleuro-pulmonaire droite et envisageons un peu au point de vue clinique surtout l'évolution de cette complication grave, puisqu'elle a hâté sinon causé la mort.

Au début, l'examen négatif de la poitrine permet de croire que la première poussée fébrile (du 12 au 17) était entièrement dépendante de l'élément pus péri-hépatique.

Mais que dire de la deuxième (du 17 au 23) et de la troisième (du 23 à la mort). Les phénomènes pulmonaires en sont évidemment la cause prédominante.

Il s'est produit à ces deux périodes des phénomènes congestifs intenses, surtout la seconde fois, et que l'atelectasie trouvée à l'autopsie contrôle suffisamment. Y aurait il eu, si le malade avait vécu davantage, production de noyaux broncho-pneumoniques ? Pour nous, la chose est certaine, mais nous ne pouvons en dire plus

Remarquons seulement la netteté de ces poussées congestives avec phénomènes physiques et fonctionnels classiques et leur prédominance à droite avec production, lors de la mort, d'un foyer de broncho-phonie et de râles fins à la pointe inférieure de l'ancienne broncho-pneumonie devenue scléreuse.

Lésions cardiaques. — C'est, avons-nous vu, de l'athérome

aortico-mitral qui a causé la double lésion de ces deux orifices. Rappelons que cliniquement l'insuffisance aortique n'était pas appréciable, mais que les deux autres lésions étaient d'une netteté surprenante. Ici se pose une question. Le malade a-t-il eu autrefois une endocardite rhumatismale? Celle-ci a-t-elle quelque rapport avec la lésion athéromateuse? D'abord, il est probable qu'en 1878 le malade a été atteint de rhumatisme, mais nous ne saurions (on a vu pourquoi) l'affirmer. Il est encore plus difficile d'affirmer ou même de supposer qu'il ait eu une endocardite. Ce qu'on peut dire, c'est que les traces de celles-ci n'existent pas histologiquement, et que d'autre part la prédominance *énorme* de la lésion sur la valve droite de la mitrale rend l'hypothèse d'une propagation de la lésion aortique on ne peut plus vraisemblable. En un mot, nous avons affaire ici à une lésion valvulaire d'origine purement athéromateuse (au point de vue strict des faits), et c'est là un cas évidemment très intéressant, peu commun, on peut le dire.

Intéressant aussi ce fait de la tolérance de cette double (cette triple même) affection valvulaire sans hypertrophie cardiaque et même avec un certain degré de sclérose myocardique chez un vieillard de 85 ans et système artériel malade. L'explication ne nous en paraît guère facile à donner, pas plus que celle du ralentissement du pouls, que rien de *précis* ne vient expliquer.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. ULCÈRE ROND DE L'ESTOMAC D'ORIGINE TRAUMATIQUE, par LEUBE (*Centralblatt für klin. Medicin.*, 1886, n° 5). — II. SUR LE CARCINOME DE L'ESTOMAC ET SON TRAITEMENT OPÉRATOIRE, par E. HAHN (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n°s 50 et 51). — III. RÉSECTION DE L'ESTOMAC ET GASTRO-ENTÉROTOMIE. — CONTRIBUTIONS CLINIQUES ET STATISTIQUES, par VON HACKER (*Archiv. für klin. Chirurgie*, t. XXIII, p. 616). — IV. UN CAS DE RÉSECTION DU PYLORE, par BOLLING (HYGIEA, décembre 1885). — V. UN CAS DE RÉSECTION DU PYLORE, par VAN ITERSON (*Weekblad van het Nederl. Tijdschr voor Geneesk*, 1886, n° 1, p. 2).

I. Le sujet de l'observation de LEUBE, un brasseur âgé de 57 ans, s'était trouvé pris entre un timon de voiture et un mur, et avait subi cette compression forcée pendant dix minutes environ. Avant l'accident, il n'avait jamais éprouvé de troubles du côté des organes digestifs. Immédiatement après, il ressentait une forte douleur dans la région de l'estomac et dut garder le lit pendant deux jours; les douleurs d'estomac, qui s'étaient calmées sous l'influence du repos au lit, allèrent ensuite en s'exaspérant. Huit jours après l'accident, le malade fut pris de vomissements, trois heures après son dîner. Les vomissements se répétèrent ensuite chaque jour, malgré que le malade se soumît à un régime très sévère. Les matières rendues n'ont jamais été mélangées de sang. Les douleurs s'étaient fixées dans l'hypochondre gauche et augmentaient sitôt que le malade se couchait sur ce côté. Ce dernier signe a, aux yeux de Leube, une valeur pathognomonique quand on soupçonne l'existence d'un ulcère rond, valeur plus grande que celle qu'on accorde aux accidents dyspeptiques, aux vomissements, à la douleur épigastrique.

Le traitement institué consista dans l'application de cataplasmes chauds sur le siège de la douleur, dans l'usage quotidien et prolongé d'eau de Carlsbad, dans l'institution d'un régime sévère. Au bout de quatre mois de traitement, la guérison était complète.

II. Nous avons publié antérieurement dans ce journal (GAZETTE MÉDICALE 1881, n° 14; 1882, n° 18; 1883, n°s 16 et 44) une série d'analyses de publications relatives à la résection du pylore dans des cas de cancers et d'ulcère simples de l'estomac, et à la dilatation digitale de l'orifice pylorique pratiquée dans les mêmes circonstances.

Voici de nouveaux documents se rapportant à la même question.

D'après les relevés contenus dans le travail de HAHN, sur un total de 7,205 décès (4,914 autopsies) survenus à l'hôpital Friederichshaia, de Berlin, pendant la période 1879-1884 (inclusivement), 166, c'est-à-dire 2,3 0/0, ont eu pour cause un cancer de l'estomac, dont 164 avec indication d'âge, à savoir que dans plus de la moitié des cas les malades avaient dépassé la soixantaine au moment de présenter les premiers symptômes de leur affection cancéreuse. Au point de vue du siège de la tumeur, les cas se répartissaient ainsi : cancers du pylore, 60; cancers du cardia, 40; de la petite courbure, 27; de tout l'estomac, 21; de la grande courbure, 8; de la paroi antérieure, 7; de la paroi postérieure, 3. Ces chiffres viennent donc à l'appui de la règle formulée par Virchow, comme quoi le siège de prédilection des cancers de l'estomac répond aux régions de cet organe les plus exposées à des irritations mécaniques ou chimiques. Des relevés de Hahn, il résulte d'autre part que les métastases offrent une moindre fréquence quand le néoplasme siège au pylore.

Pour ce qui concerne la nature de la tumeur, 27 fois celle-ci était désignée dans les procès-verbaux d'autopsie sous le nom de squirrhe, 75 fois sous le nom de carcinome ulcéré, 7 fois sous le nom de carcinome colloïde. Les 57 autres cas se rapportent à des carcinomes médullaires.

Un petit nombre de ces cas seulement se prêtaient à une intervention opératoire. Celle-ci a été tentée 8 fois et a consisté : 4 fois dans la résection du pylore, 2 fois dans la gastro-entérotomie, pratiquée suivant le procédé de Woelfler, 2 fois dans la dilatation digitale du pylore, pratiquée une fois au travers de la paroi antérieure, intacte, de l'estomac (le doigt de l'opérateur étant coiffé d'un repli de cette paroi). Deux des quatre opérations de résection du pylore ont précipité le dénouement fatal, qui est survenu au bout de huit jours, par péritonite, dans un cas, au bout de deux jours (adynamie, coma) dans l'autre. Les deux autres malades ont succombé plusieurs mois après l'opération, aux conséquences d'une généralisation de l'affection cancéreuse. Des deux malades opérés suivant le procédé de Woelfler, le premier a succombé au bout de vingt-quatre heures à une péritonite par perforation; l'autre a résisté aux suites de la gastro-entérotomie; son poids corporel avait subi une agmentation de 26 kilogrammes quatre semaines après l'opération. La dilatation digitale de l'orifice pylorique, pratiquée dans deux autres cas, a été suivie d'une amélioration très passagère.

III. A propos d'un cas de gastro-entérotomie (procédé de Woelfler) pratiquée par Billroth chez un homme de 48 ans, porteur d'un cancer du pylore, et où l'opération fut suivie d'une rémission des symptômes gastriques pendant 18 mois,

Von Hacker donne la statistique des résections de l'estomac faites dans le service du chirurgien de Vienne, jusqu'au jour de la publication de ce travail. Le nombre de ces opérations s'élève à 18, dont 15 entreprises pour cause de cancer, et 3 pour remédier à un rétrécissement cicatriciel. Ces trois derniers cas ont donné 1 seul succès; les 15 opérations tentées sur des cancéreux en ont fourni 7. Dans 16 de ces 18 cas, l'opération a consisté dans la résection proprement dite du pylore, deux fois pour cause de rétraction cicatriciel de l'orifice (mort dans le collapsus), 14 fois pour cause de carcinome. Ces 14 cas se décomposent ainsi, au point de vue du résultat :

2 cas sans adhérences. Pas de récidive au bout de dix-huit mois dans un cas, au bout de vingt-sept mois dans l'autre.

7 cas avec adhérences lâches ; trois fois, mort des suites de l'opération ; trois fois, récidive avec terminaison fatale ; un cas trop récent pour autoriser un jugement définitif.

5 cas avec adhérences étendues et fermes ; mort dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération.

La conclusion qu'imposent ces chiffres est que la résection du pylore se trouve contre-indiquée dans les cas de cancers avec adhérences étendues et métastases.

Sur un ensemble de 9 gastro-entérotomies pratiquées dans le service de Billroth, 5 ont abouti à une terminaison fatale; les quatre autres ont été suivies d'une amélioration des symptômes accusés par les malades.

IV. — Une femme de 48 ans, qui portait dans la région épigastrique, à droite, une tumeur du volume d'un pois, dont la nature cancéreuse était évidente, subit, le 22 février 1884, la résection du pylore. Des adhérences entre l'estomac et le pancréas accrurent considérablement les difficultés opératoires. Mort, peu de temps après l'opération.

V. M. Von Iterson a pratiqué la résection du pylore chez une femme de 51 ans, qui présentait les symptômes d'un cancer de l'estomac. Cachexie très avancée. Mort, deux heures et demie après l'opération, dans le collapsus. Pas de foyers métastatiques dans d'autres organes.

E. Ricklin.

TRAVAUX A CONSULTER

I. — *Observations de gastrostomie (pratiquée pour cause de rétrécissement de l'œsophage*, par Barwell, Dent et Morgan (Medical Times and Gazette, 5 décembre 1885).

II. — *Sur la gastrostomie*, par Lüktemuller (Inaugural Dissertation, Berlin, 1886).

III. — *Gastrostomie pratiquée pour permettre l'extraction d'une grande quantité de cheveux hors de l'estomac*, par K. Thornton (The Lancet, 9 janvier 1886).

IV. *Contributions à la chirurgie de l'estomac*, par Maurer (Archiv für klin Chirurgie, t. XXX, fasc. 1).

V. — *Jéjunostomie dans un cas de rétrécissement cancéreux du pylore; mort douze heures après l'opération*, par Golding-Bird (Medical Times and Gazette, 5 décembre 1885).

E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Du col de l'utérus a la fin de la grossesse, par le docteur Delahaye. — Paris, 1886.

Dans la majorité des cas, le col de l'utérus ne s'efface pas pendant la grossesse; non seulement, il n'y a pas effacement, mais plutôt hypertrophie ; certaines modifications du col laissent croire, au toucher, qu'il existe un certain degré d'effacement.

De la version podalique partielle par manœuvre internes et externes combinées, par le docteur Degoul. — Paris, 1885.

Cette manœuvre, pratiquée au début du travail, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, arrête sûrement l'hémorrhagie.

Si le tampon a été appliqué et qu'il soit efficace, il faut attendre, sinon recourir à la version combinée.

Facile dans son exécution, elle donne, pour les mères, des résultats supérieurs à ceux obtenus par les autres méthodes.

Essai diagnostique du volume fœtal, au point de vue de la dystocie, par le docteur Louis Bourdin. — Paris, 1885.

Les moyens d'évaluation sont incertains, tels sont les déductions du pied au poids; la longueur fœtale estimée par celle de l'ovoïde ; l'état des fontanelles, des sutures des os.

De la rupture complète du cordon ombilical pendant l'accouchement, par le docteur Omer Dupouy. — Paris, 1885.

La rupture complète du cordon pendant la grossesse n'est pas démontrée; elle peut se produire pendant le travail; les causes prédisposantes sont: la faiblesse du cordon, la brièveté, l'insertion vélamenteuse. Les causes efficientes sont : les contractions utérines violentes, les tiraillements du cordon pendant l'extraction de l'enfant, la chute au moment de l'expulsion. La rupture se fait généralement près de l'ombilic ou près du placenta.

La névralgie utérine, ses dangers, son traitement, par le docteur Soto y Alfaro. — Paris, 1886.

Thèse renfermant de nombreuses observations ; la névralgie utérine peut simuler des accidents graves ; comme traitement, sels de quinine et dilatation extemporanée du col dans les cas simples ; stupéfiants, inhalations de chloroforme dans les cas compliqués de grossesse.

Marius Rey.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.— *Concours d'agrégation* (anatomie, physiologie et histoire naturelle). — Le dépôt des thèses a été effectué par les candidats, le jeudi 22 juillet 1886, de midi à quatre heures du soir. Les séances ont eu lieu à neuf heures du matin aux dates ci dessous désignées :

Anatomie et physiologie. — Première séance. — Lundi 26 juillet 1886. 1° M. Jaboulay : « Relations des nerfs optiques avec les centres nerveux » ; argumenté par MM Nicolas et Tapie. — 2o M. Ferré : « Membranes muqueuses » ; argumenté par MM. Quenu et Guinard.

Deuxième séance. — Mardi 27 juillet. 1° M. Rodet : « Actions nerveuses d'arrêt ou d'inhibition » ; argumenté par MM. Assaky et Variot. — 2o M. Poirier : « Développement des membres » ; argumenté par MM. Princeteau et René.

Troisième séance. — Mercredi 28 juillet. 1o M. Gilis : « Prolifération de la cellule par Karyokinèse » ; argumenté par MM. Jaboulay et Nicolas. — 2° M. Assaky : « Origine des feuillets blas-

todermiques chez les vertébrés » ; argumenté par MM. Variot et Poirier.

Quatrième séance. — Jeudi 29 juillet. 1° M. Guinard : « Comparaison des génitaux externes dans les deux sexes » ; argumenté par MM. Rodet et Assaky. — 2° M. Variot : « Eléments figurés du sang » ; argumenté par MM. Poirier et Princetean.

Cinquième séance. — Vendredi 30 juillet. 1° M. René : « Propriétés physiologiques du muscle cardiaque » ; argumenté par MM. Gilis et Jahoulay. — 2° M. Nicolas : « Organes érectiles » ; argumenté par MM. Tapis et Ferré.

Le concours s'est terminé, mercredi 4 août 1886, à trois heures du soir. Ont été proclamés agrégés, pour les Facultés de médecine ci-après désignées, les douze candidats dont les noms suivent :

A. Anatomie et physiologie. — Faculté de Paris : MM. les docteurs Quenu et Poirier.

Faculté de Bordeaux : M. le docteur Ferré.

Faculté de Lille : M. le docteur Assaky.

Faculté de Lyon : MM. les docteurs Rodet et Jahoulay.

Faculté de Montpellier : MM. les docteurs Gilis et Tapie.

Faculté de Nancy : MM. les docteurs René et Nicolas.

B. Histoire naturelle. — Faculté de Bordeaux : M. le docteur Nabias.

Faculté de Lille : M. le docteur Barrois.

— A partir du 1er août prochain et pendant toute la durée des vacances scolaires, MM. les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris seront remplacés dans leur service hospitalier par MM. les agrégés dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu. — Clinique médicale : M. le docteur Robin — Clinique chirurgicale : M. le docteur Peyrot. —Clinique ophthalmologique : M. le docteur Peyrot.

Hôpital de la Pitié. — Clinique médicale : M. le docteur Quinquaud.—Clinique chirurgicale : M. le docteur Kirmisson.

Hôpital de la Charité.— Clinique médicale : M. le docteur Landouzy. — Clinique chirurgicale : M. le docteur Bouilly.

Hôpital Necker. — Clinique chirurgicale : M. le docteur Paul Segond.

Hôpital Saint-Louis.—Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. le docteur Hanot.

Hôpital de la clinique d'accouchements.—Clinique obstétricale : M. le docteur Ribemont.

Hospice de la Salpêtrière. — Clinique des maladies nerveuses : M. le docteur Raymond.

Hôpital des Enfants-Malades.—Clinique des maladies infantiles : M. le docteur Hutinel.

*
* *

Faculté des sciences de Paris. — Un congé, pour l'année scolaire 1886-1887, est accordé à M. Paul Bert, professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, député.

M. Dastre, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physiologie à la Faculté des sciences de Paris.

M. Joly, docteur ès sciences, maître de conférences, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences physiques (chimie).

M. Pellat, maître de conférences de physique, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences physiques (physique).

Sont maintenus, pour l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Paris :

MM. Chatin (anatomie) ; Jannettaz (minéralogie); Salet (chimie organique); Mouton (physique) ; Joly (chimie) ; Vélain (géologie) ; Pruvot (zoologie); Riban (chimie) ; Pellat (physique).

*
* *

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Bordier est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Sigalas, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Lille. — M. Tavernier est maintenu, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— M. Léon Havrez est nommé, pour l'année scolaire 1886-1887, aide préparateur des maladies cutanées et syphilitiques (emploi nouveau).

*
* *

— M. Alfred Marche est chargé d'une mission aux îles Mariannes, pour y faire des recherches relatives à la géographie, à l'histoire naturelle, à l'anthropologie et à l'ethnographie.

M. E. Raoul, pharmacien de première classe de la marine, est chargé d'une mission scientifique dans les colonies françaises, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

*
* *

— Par arrêté ministériel en date du 12 juillet 1886, des médailles d'honneur en or et en argent ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévonement dont elles ont fait preuve au cours des épidémies cholériques de 1884 et 1885-1886 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Bernard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier ; Michel (d'Annecy) ; Salvant, aux Mées ; Fabre, directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Lizier ; Barthes, à Marseille ; Boulian, à Salon ; Corsy, à Anhagne ; Eyriès, à Marseille ; Fauré, à Marseille ; Félix, à Mallemort ; Flaissières, à Marseille ; Giraud fils, à Marseille ; Honorat, à Marseille ; Mascle, à Chateaurenard ; Maurin, à Marseille ; Rouquette, à Marseille ; Sicre, à St-Marcel ; Charin, chef du laboratoire de pathologie à la Faculté de médecine de Paris ; Galzin, à Concarneau ; Héhert, à Audierne ; Le Tersec, médecin de la marine ; Charvel, à Rochesadoule ; Hermautier (du Gard) ; Camino, à Hendaye.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Rouquette, à Olonzac ; Adoul, à St-Louis, près Marseille ; Amic, André, Aurigo, Balata, Bastide, Batigne, Baudoin, Benet, Blitz, Bouisson, Burlot, Cambon, de Capdeville, Cassius, Cavaillié, Chahert, Chancol, Chatelin, Chevillon, Clément, Coulonne, Courhassier, Courrau, Cousin, Dalmas, Ferrand, Fioupe, Flavart, Froment, Gallerand, Garnier, Giraud, Gourrier, Goy, Graugnard, Inglessi, Jauffret, Lachaux, Larche, Marnac, Maunier, Maurel. Mérentié, Payan, Pourrière, Raynaud, Rohiolis, Roméo, E. Rossi, J.-B. Rossi, Rossan, Roubaud, Rouit, Savornin Sicard, Sollier, à Marseille ; Roque, Valérion, à Salon ; Roudart, à Grans ; Bizien, à Douarnenez ; Coffec, à Quimper ; Gosmao, à Pont-Lahhé ; Gouzien, médecin-major ; L'Helgouac'h, médecin de la marine ; Néis, à Pont-Croix ; Nicolas, à Douarnenez ; MM. Auhin, Cotte, Dalmas, Galibert, Imhert, Jacques, Laplane, Pagliano, Rossano, Schenel, Wallich, internes des hôpitaux de Marseille ; Archigoni, Augias, Bar, Battini, Bonnefoy, Costa, Gil, Icard, Swende, Tasso, externes des hôpitaux de Marseille ; Delpech, interne à l'asile des aliénés de Saint-Lizier ; Nogués, interne à l'asile d'aliénés d'Aix ; Lange, Rancourel, étudiants en médecine ; Capdevillo, pharmacien à Aix ; Maurin, pharmacien, à Marseille ; Bec, élève en pharmacie à Marseille ; Borel, étudiant en pharmacie à Salon.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 25 au samedi 31 juillet 1886

Fièvre typhoïde 6. — Variole 1. — Rougeole 26. — Scarlatine 4. — Coqueluche 12. — Diphtérie, croup 26. — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 28. — Phthisie pulmonaire 169. — Autres tuberculoses 31. — Autres affec-

tions générales 56. — Malformation et débilité des âges extrêmes 39. — Bronchite aiguë 24 — Pneumonie 51. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 101. — au sein et mixte 52. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 68. — de l'appareil circulatoire 57. — de l'appareil respiratoire 41. — de l'appareil digestif 40 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 10 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Épuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 930 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Paralysies, contractures, affections douloureuses de causes psychiques, par le docteur Lober, chef du laboratoire des cliniques à la Faculté de médecine de Lille, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8 de 115 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Des vertiges, par le docteur E. Weill, médecin des hôpitaux de Lyon, ancien chef de clinique à la Faculté. Grand in-8 de 120 p. 1886. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

La tuberculose (pathogénie et traitement), par le docteur Em. Fleurot (du Val-d'Ajol). Un vol. in-8 de 75 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 33 14 AOUT 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Lettres à M. le docteur F. DE RANSE, *directeur de la* GAZETTE MÉDICALE, *sur la théorie du microzyma et le système microbien.*

SECONDE LETTRE

SOMMAIRE. — Pourquoi la critique du système physiologique actuel était nécessaire. — Le débat entre la théorie du microzyma et le système microbien lié à deux ou trois questions connexes. — L'altération spontanée des matières animales selon Fourcroy et Macquer. —La matière organique selon Liebig, selon M. Pasteur et selon la science. — L'altération de la matière organique par l'oxygène de l'air et par les germes de l'atmosphère.— Etat de la question en 1858. — Pouchet et la génération spontanée après 1858. — Expériences dont il n'a pas été parlé.

Le 12 juillet 1886.

Monsieur,

La critique du système physiologique de Cl. Bernard, qui est à peu près celui de tout le monde, était deux fois nécessaire : d'abord pour bien constater que, dans l'opinion actuelle des savants, la physiologie ne peut rien expliquer de ce qui est de son domaine sans l'admission de quelque qualité occulte surajoutée à la matière, mais indépendante de sa substance; ensuite pour bien faire ressortir cette autre opinion, — qui s'est manifestée une fois de plus dans les récentes discussions à l'Académie de médecine, — qu'il n'existe rien d'autonomiquement vivant dans un être vivant.

C'est évident, si les microzymas n'existent pas, on si, existant, ils ne sont que des parasites dans la cellule, dans les organes, dans les humeurs, c'est-à-dire dans le tout de l'être vivant, la théorie que j'ai exposée manque de base et il faudrait affirmer que cet être est formé d'éléments anatomiques sans vie propre. S'il en était vraiment ainsi, la théorie du protoplasma, je veux dire celle de la matière vivante sans structure, triompherait sans retour, et il faudrait définitivement rayer du tableau des conquêtes de l'esprit humain l'admirable et lumineuse doctrine de Bichat. Oui, s'il en était vraiment ainsi, il faudrait, pour expliquer les phénomènes physiologiques, même ceux de la nutrition, en revenir à l'invocation des qualités occultes, dont Cl. Bernard ne pouvait pas se passer et dont effectivement M. Pasteur, un chimiste pourtant, ne se passe pas ; il faudrait se résoudre enfin à laisser la physiologie et la médecine seules en dehors du concert des sciences qui ont renoncé aux qualités occultes des péripatéticiens.

Ce serait, en outre, le triomphe définitif du système de la génération spontanée, puisque les hétérogénistes, pour expliquer l'apparition du monde vivant, ne demandent qu'une matière semblable au protoplasma et comme lui doué de qualités occultes.

Ce serait, enfin, chose étrange, le triomphe de deux doctrines médicales antagonistes. En effet, la matière, en vertu de l'inertie, ne pouvant pas passer de l'état sain à l'état malade, la maladie ne pourrait être que le résultat d'une déviation fonctionnelle, de quelque altération des qualités occultes ; de la force vitale, par exemple, comme l'admettaient les vitalistes purs ; ou bien le résultat de la pénétration dans l'organisme de germes morbifiques par destination qui s'y développeraient en parasites, comme se l'imaginent les sectateurs des doctrines microbiennes.

En regard de ces deux doctrines, dont la première est la plus médicale, la théorie du microzyma s'impose comme une nécessité. C'est ce que je veux démontrer en reprenant, au point de vue physiologique et chimique, le débat qui est entre M. Pasteur et moi.

Ce débat se lie étroitement à la solution de deux questions connexes, séculaires, toujours posées, souvent étudiées et jamais résolues : la cause de l'altérabilité des matières animales et l'hypothèse de la génération spontanée. Selon la solution qui leur sera donnée, les doctrines microbiennes seront ou ne seront pas expérimentalement, c'est-à-dire scientifiquement fondées, et la théorie du microzyma ne sera pas ou sera adequate aux faits ; tel est, en effet, l'antagonisme de ces doctrines et de cette théorie, que si celles-là sont vraies, celle-ci est fausse et *vice versâ*.

A cause de l'importance du débat, malgré ce que j'en ai déjà dit, je vous demande la permission d'insister encore, avec quelques considérations nouvelles à l'appui de ma these. Cela est devenu nécessaire, car — on l'a bien vu dans les récentes discussions — peu de personnes sont au courant des faits qui concernent ces deux graves questions et parce que M. Pasteur me semble s'efforcer de les obscurcir.

On sait qu'il est impossible de conserver inaltérée une partie quelconque de la substance soustraite à un animal en pleine santé, et qu'un cadavre entre plus on moins rapidement en décomposition. Ce fait vulgaire a, de tout temps, vivement frappé l'attention des savants par sa constance. Au commencement de ce siècle, après le triomphe définitif de la théorie de Lavoisier, Fourcroy s'exprimait, à son sujet, en ces termes : « Le dernier et l'un des plus frappants caractères qui distin-

guent les matières animales des végétales, consiste dans l'espèce de décomposition spontanée qu'elles éprouvent et qu'on nomme putréfaction (1) ». Et, disait-il, « les savants, médecins et philosophes, ont reconnu tout l'intérêt que présente, pour les sciences et, notamment, pour l'art de guérir, l'étude du phénomène ».

En 1778, Macquer, résumant l'état de la science, exposait déjà explicitement les conditions de la décomposition : « Toutes les matières, végétales ou animales...., lorqu'elles sont étendues dans une suffisante quantité d'eau pour avoir de la liquidité, ou au moins de la molesse, qu'elles sont exposées à une chaleur, depuis quelques degrés au-dessus de la glace jusqu'à 25° (Réaumur) et au-delà, et que la communication avec l'air ne leur est pas absolument interdite, éprouvent d'elles-mêmes un mouvement de fermentation qui change entièrement la nature et la proportion de leurs principes (2) ».

De ce phénomène étrange, dont l'explication a toujours paru difficile, quelle est la véritable cause?

Sur ses conditions, nous ne savons rien de plus que Macquer.

Fourcroy avait-il tort de penser que la décomposition était *spontanée, grâce à un mouvement intestin?* Et Macquer se trompait-il en disant que les matières animales éprouvent *d'elles-mêmes* le mouvement de fermentation qui les altère?

Avant de répondre, il faut exactement définir les termes dont nous allons nous servir.

Evidemment, la viande, le foie, le pancréas, le sang, le lait, le blanc et le jaune de l'œuf, etc., sont des matières animales; le parenchyme des feuilles, des fruits, la substance des graines, la séve, les sucs végétaux, etc., sont des matières végétales, et ces matières, à cause de leur origine, sont aussi appelées des *matières organiques*.

Le protoplasma des auteurs n'est autre chose que la matière organique essentielle qui, d'après les mêmes auteurs, produit spontanément *les parties* et *le tout* des êtres vivants. Pour les uns, M. Huxley, par exemple, il est une substance plus ou moins semblable, sinon identique, à ce que l'on nomme l'albumine ou le blanc d'œuf; pour les autres, c'est un mixte physico-chimiquement constitué de principes réputés organiques, au même titre que l'albumine. Et tous ces corps, le sang, la viande, ces principes, etc., sont les objets du domaine de la chimie organique avant de l'être de celui de la physiologie. C'est ce dont il faut être convaincu avant tout. Ecoutez le langage de deux chimistes qui se sont occupés, à des points de vue différents, de la putréfacrion des matières animales.

Selon Liebig, « la chimie organique traite des matières qui se produisent dans les organes, par l'action de la force vitale (3) ».

Selon M. Pasteur, ces matières sont « des substances naturelles telles que la vie les élabore (4) ».

Or, que ces matières diverses soient *produites* ou *élaborées* par la force vitale ou par la vie, elles sont des composés chimiques ou formées de composés chimiques, et, comme telles, ressortissant à la chimie. Il en est si bien ainsi que l'un et l'autre chimiste ne les ont considérées abstractivement qu'en chimistes, sans avoir égard à l'organisation. Cette remarque est de grande importance; à cause de la discussion pendante, il y faut insister, car là est le nœud de la difficulté qui nous divise, M. Pasteur et moi. C'est parce que ce savant ne peut se faire de l'organisation l'idée que je m'en suis faite, comme une des conséquences de la découverte des microzymas, que la théorie qui en est résultée lui paraît si abstruse, à lui, à M. Cornil et à M. A. Gautier, qu'ils la combattent par tous les moyens qui sont en leur pouvoir.

J'avoue que j'ai de la peine à m'imaginer, aujourd'hui, des chimistes parlant comme Liebig et M. Pasteur, après lui. Mais un composé chimique quelconque ne se forme que grâce aux énergies chimiques des atômes, lorsqu'elles sont mises en activité dans des conditions déterminées ; et l'espèce du composé dépend non seulement de la nature des atômes réagissants, mais de ces conditions déterminées qui mettent ces énergies en jeu. La *force vitale, la vie*, dont parlent les auteurs, ne sont, relativement à la matière, que des qualités occultes; elles ne sont pas des agents chimiques; elles ne réaliseraient tout ou plus, si elles existaient comme entités distinctes et indépendantes de la matière, que des conditions de réaction. Non, non, ce n'est pas la force vitale qui produit, ce n'est pas la vie qui élabore un composé chimique.

Je le répète, et je le redis tous les ans, depuis que j'enseigne la chimie dans une Faculté de médecine, d'après Lavoisier, une matière dite *organique* est un composé chimique comme un autre ou un mélange de tels composés ; des corps simples, d'espèce déterminée, concourent seuls à leur formation, leur production ou leur élaboration. Il n'y a, dans un composé chimique, que de la matière douée d'aptitudes chimiques et pas autre chose. Grâce aux efforts et aux démonstrations de M. Berthelot, la pensée de Lavoisier est devenue une réalité, puisque l'illustre savant a enseigné l'art de produire, *in vitro*, un grand nombre des composés qu'on disait ne pouvoir êtreformés que par la force vitale ou par la vie ; un jour on saura les produire tous par voie purement chimique; mais les composés ainsi formés, réunis en proportion convenable, ne deviendront pas d'eux-mêmes un animal, et le mélange de ces matières ne s'altèrera pas de lui-même, comme le disait Macquer, des matières animales.

Cela posé, un composé, dit organique, qu'il ait été formé par synthèse, dans un organisme vivant ou dans un appareil de laboratoire, est nécessairement formé de carbone, d'hydrogène, d'azote et d'oxygène, unis deux à deux, trois à trois, quatre à quatre, le carbone toujours présent; auxquels peuvent s'ajouter, dans quelques composés de l'organisme vivant, le soufre et le phosphore, le fer, etc.

Les organes, les tissus, les humeurs des animaux et des végétaux se résolvent par l'analyse immédiate, c'est-à-dire sans altération chimique, en un certain nombre de principes immédiats organiques, composés comme il vient d'être dit, et qui sont précisément de l'ordre des combinaisons que le chimiste peut produire et peut légitimement tenter de produire par synthèse totale, c'est-à-dire à partir des corps simples, ainsi que M. Berthelot l'enseigne avec éclat.

Les albumines du blanc d'œuf, celles du sang, la caséine et les albumines du lait, la musculine et les albumines de la viande, le glucose, le sucre de lait, l'urée, etc., etc., sont des principes immédiats animaux. La glutine du blé, l'albumine végétale, la légumine des graines légumineuses, la fécule, la cellulose, le sucre de canne, le glucose, la quinine, etc., etc., sont des principes immédiats végétaux.

Considérés dans leur origine, ces principes immédiats sont

(1) Fourcroy: *Système des connaissances chimiques*, t. V, p. 80, édition in-4°.
(2) Macquer : *Dict. de chimie*, 2e édition, t. II, p. 159.
(3) Liebig, *Traité de chimie organique*, t. I, p. IX.
(4) Comptes rendus. t. LVII, p. 302.

incontestablement des matières animales ou végétales naturelles, élaborées pendant la vie, au même titre que les organes, les tissus, les humeurs d'où l'analyse les extrait. Et chimiquement, ce sont des combinaisons aussi parfaitement définies que l'eau, l'acide sulfurique ou telle autre corps purement minéral.

Eh bien! je suppose que l'on détermine exactement la nature et les proportions de tous les principes immédiats organiques et minéraux qui composent le sang, le lait, la viande....., et qu'ensuite on les réunisse tous dans les proportions que l'analyse a révélées, qu'arrivera-t-il? Bien que les matériaux réunis soient ceux-là mêmes qui les composaient, je ne demande pas si le résultat sera du sang, du lait ou de la viande? Non, je ne suis pas si exigeant, mais je demande expressément, et j'en ai le droit, on le verra, si chacun des principes immédiats pris isolément, ou le résultat de leur mélange, toutes choses égales d'ailleurs, s'altérera spontanément ou aussi facilement que le sang, le lait ou la viande qui les ont fournis?

La réponse, je suis en mesure de la donner. Oui, les conditions étant les mêmes, je dis que les principes immédiats isolés ou mêlés ne s'altèreront pas, tandis que le sang, le lait, la viande, s'altèreront inévitablement. Pourquoi? Qu'y a-t-il dans ces humeurs et ces tissus naturels, que l'analyse n'a pas révélé aux savants? Oui, pourquoi ces tissus et humeurs s'altèrent-ils, tandis que leurs composants sont individuellement inaltérables?

Oui, de ce phénomène étrange, dont l'explication a toujours paru difficile, quelle est la véritable cause?

Pour l'objet que je ne perds pas de vue, il faut brièvement retracer l'histoire des efforts tentés pour résoudre ce grave problème, afin de bien montrer que, depuis longtemps, on tourne dans le même cercle, M. Pasteur comme tout le monde, et dont il ne veut pas sortir. Tout ce que je vais rappeler est d'ailleurs nécessaire pour l'intelligence des idées de mon obstiné contradicteur. Après celà, ayant sous les yeux toutes les pièces du procès, on pourra prendre parti en connaissance de cause.

Fourcroy, pour ne pas remonter plus haut, assurait que la nature avait assujetti toutes les matières organiques à la loi de la décomposition, laquelle, nécessaire et spontanée, était due à un mouvement intestin tendant à dénaturer les substances qui l'éprouvent.

Près d'un demi-siècle après, interprétant à sa façon une observation de Gay-Lussac (1), Liebig soutenait que « la cause prochaine des transformations chimiques qu'éprouvent les matières organiques après la mort, c'est l'action exercée par l'oxygène de l'air sur leurs parties constituantes » (2).

En 1856, Ch. Gerhardt épousait si complètement l'opinion de son ami Liebig qu'il soutenait de son côté que « les altérations spontanées des matières végétales et animales sont, à proprement parler, la conséquence de l'action exercée par l'oxygène de l'air sur certaines de leurs parties constituantes». Et il concluait : « L'oxygène est donc le *primum movens* des fermentations. » (3).

(1) Gay-Lussac croyait que « l'absence d'oxygène est une condition nécessaire pour la conservation des substances animales et végétales ».

(2) Lettres sur la chimie, 27e lettre. Traduction Ch. Gerhardt, 1852.

(3) Ch. Gerhardt. *Traité de chimie organique,* t. IV, p. 538 et 540.

La question de l'altérabilité des matières organiques qui, je le rappelle, se lie à celle de la génération spontanée, se lie donc aussi à celle de la fermentation. Ces trois questions sont, en effet, si connexes, que désormais on ne peut plus les traiter l'une sans l'autre.

Les spontéparistes admettent sans difficulté l'altération spontanée des matières organiques et croient que le mouvement de fermentation, dont parlait Macquer, est la condition première de la naissance des infusoires. Cette croyance à l'altération spontanée paraît tellement naturelle et si expérimentale, que M Pasteur lui-même y croit, nous le verrons, soit qu'il pense comme Fourcroy, soit qu'il invoque l'influence de l'oxygène de l'air, du moins à l'occasion.

La persistance de cette opinion est un fait bien curieux. L'histoire de la fermentation en témoigne à chaque pas.

Cagniard de Latour, qui en sa qualité de physicien avait peut-être plus d'indépendance d'esprit, avait pourtant, depuis longtemps déjà, exprimé l'idée que la fermentation alcoolique était un effet de la végétation de la levure, et Turpin l'idée que c'était un effet de nutrition. J.-B. Dumas exprima la même opinion; les botanistes avaient même décrit la levûre de bière comme un végétal d'espèce inférieure. Rien n'y fit; au lieu de voir les choses comme elles sont, on continua d'imaginer des explications et de se rattacher plus ou moins aux vieilles opinions. Tandis que Berzélius, niant l'organisation et la vie dans la levure, disait que les fermentations étaient des phénomènes *catalytiques* et que Mitscherlich, tout en regardant la levûre comme un être organisé, disait que la fermentation est un effet de *contact*, Ch. Gerhardt, après Liebig, soutenait que la levûre n'était autre chose qu'un précipité albumineux mis en état de décomposition par l'oxygène de l'air et communiquant cet état au sucre, qui se décomposait à son tour.

Pourtant, voyez l'étrange singularité : parmi ceux qui niaient l'organisation et la vie dans la levûre, il y en avait qui savaient parfaitement bien que, dans certaines matières en fermentation ou en putréfaction, il existait des infusoires et des moisissures qu'ils regardaient comme vivants; mais, telle était la force du préjugé, qu'on regardait leur présence comme fortuite, si bien que Ch. Gerhardt, épousant à son tour cette manière de voir, disait : « Il est naturel que les infusoires se multiplient dans les matières en putréfaction, puisque celles-ci, en se décomposant, fournissent précisément les matériaux nécessaires à l'entretien des plantes et des animaux placés au bas de l'échelle » (1). Et, pour compléter sa pensée, il ajoutait :

« Dans tous les cas, les êtres organisés ne sont jamais les causes déterminantes des fermentations et des putréfactions; des infusoires, des vers, des moisissures ou des champignons s'y développent lorsque des germes déjà contenus dans les matières avant la décomposition, ou apportés du dehors pendant qu'elle s'opère, trouvent un terrain favorable à leur développement. » (2).

Et Ch. Gernhardt était si convaincu que la *vie* n'est pour rien dans ces étonnants phénomènes qu'il disait encore : « La présence des insectes et des vers dans une substance putride en hâte naturellement aussi la décomposition, parce que ces êtres y déposent leurs propres excréments, c'est-à-dire des

(1) *Loc. cit.*, p. 543.

(2) Ibidem.

matières en décomposition, des *ferments*, dont l'activité vient s'ajouter aux influences déjà agissantes. » (1).

Il y avait aussi, il faut en convenir, dans l'existence des ferments solubles, la diastase, par exemple, un argument spécieux, que l'on ne manquait pas de faire valoir contre la théorie de Cagniard de Latour. « D'ailleurs, disait-on (2), les ferments n'ont pas toujours les caractères de la levûre de bière (c'est-à-dire les caractères apparents de ce qui est organisé : l'insolubilité et l'état solide); ils peuvent même être liquides on en dissolution comme la diastase... ». C'est qu'en effet on ne savait rien de l'origine de ces corps singuliers que l'on assimilait aux ferments organisés et que l'on désignait du même nom générique; oui, on ignorait absolument la relation de ces *ferments solubles* avec l'organisation et avec ces *ferments insolubles* que l'on s'obstinait à ne pas vouloir reconnaître comme organisés et vivants. Et lorsque j'eus démontré que la production de ces *ferments solubles* était une fonction des *ferments insolubles*, voire des microzymas, on refusa de le reconnaître, tant l'autorité de Liebig, qui les disait des matières en état d'altération, au même titre que la levûre, avait d'empire!

La doctrine de l'altération spontanée, dans les conditions spécifiées par Macquer en 1778, était donc encore reçue en 1856; elle ne l'était pas seulement par Liebig et Ch. Gerhardt, elle l'était généralement et notamment par E. Littré et Ch. Robin dans leur *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, en 1858.

Ce n'est pas, pourtant, que l'on ignorât certaines expériences de Schwann ou de Schultze, contemporaines de celles de Cagniard de Latour (1837), ni les expériences bien postérieures de MM. Schrœder et Dusch, dont Ch. Gerhardt parle en ces termes : « Schwann, dit-il, et quelques autres physiologistes, admettent que les décompositions spontanées des matières végétales et animales sont déterminées par certains germes qui, d'abord répandus dans l'atmosphère et se déposant ensuite dans ces matières, s'y développent à leurs dépens et provoquent ainsi leur altération; les germes, et non l'oxygène de l'air, seraient donc le *primum movens* des phénomènes de fermentation et de putréfaction. » (3).

Mais ces expériences, on les discutait et leur en opposait d'autres, faites par les mêmes savants, qui contredisaient les premières.

Cependant ces contradictions, plus apparentes que réelles, tenaient à la nature même des choses. Au fond, les expériences que l'on croyait contradictoires portaient dans leurs flancs la véritable solution du problème, mais on ne savait pas les interpréter; on ne comprenait pas, on ne comprend pas encore, parce que aujourd'hui, comme alors, le même préjugé séculaire égare les savants, M. Cornil autant que M. Pasteur.

Quoi qu'il en soit, l'état de la science était tel qu'à la fin de 1858 Pouchet, raisonnablement, avec conviction, pouvait soutenir la génération spontanée comme un fait d'expérience incontestable. Toutefois, entre les expériences anciennes et les nouvelles de Pouchet et de ses collaborateurs s'en placent d'autres, dont je n'ai pas parlé, qui résolvaient à leur manière le problème de la génération spontanée et de l'altération spontanée : ce sont celles qui ont fait découvrir les microzymas.

Agréez, etc.

A. Béchamp.

(1) Ibidem.
(2) Ibidem.
(3) *Loc. cit.* Ibidem.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Hospice de la Maternité

Hémorrhagie mortelle chez une quintipare de 32 ans par rupture traumatique d'une varice sous-clitoridienne. — Version forcée. — Extraction après deux heures d'un enfant mort et macéré. — Observation recueillie par M. Paul Berthon, interne du service.

Le 30 juin 1886, à six heures et demie du soir, on apportait à la Maternité, sur un brancard, une femme de 32 ans, la nommée R..., quintipare, perdant du sang depuis deux heures de l'après-midi, et littéralement mourante. Cette femme, assise sur un petit banc de bois dans un jardin, avait voulu s'écarter pour laisser le passage à quelqu'un qui venait puiser de l'eau dans un puits voisin. Pendant ce mouvement, le petit banc avait basculé; la femme était tombée assise par terre de 25 centimètres de hauteur. L'angle du tabouret avait porté sur la vulve et une hémorrhagie considérable s'était produite. Une sage-femme et un médecin successivement appelés n'avaient pu l'arrêter, et c'est dans ces conditions que la femme R... entrait à la Maternité.

Nous la trouvons dans l'état suivant : facies pâle, exsangue; pouls à peine perceptible, agitation très grande.

Le col est presque effacé; et permet l'introduction d'un doigt. Tête engagée en O.I.G.A. Membranes intactes.

L'auscultation de l'abdomen, pratiquée avec le plus grand soin, ne permet d'entendre aucun bruit cardiaque fœtal.

Ecartant les grandes lèvres, on aperçoit au-dessous du clitoris et légèrement à gauche une déchirure partant au pli du tissu caverneux, de la dimension d'une pièce de un franc environ. Immédiatement, on applique sur cette déchirure un tampon de charpie imbibé de sublimé au 1/2000e et maintenu par un assistant.

Dans l'intervalle, on a fait l'auto-transfusion et des injections de sérum artificiel dans le péritoine. Environ 150 gr. de la solution suivante :

Eau distillée..........	1 litre.
Sulfate de soude.....,	2 grammes.
Chlorure de sodium...	6 —

L'écoulement sanguin étant dès lors arrêté, il ne se fait plus qu'un petit suintement par le vagin. Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité, pratique alors la version forcée et engage dans le col un des membres inférieurs, le droit, du fœtus; l'extraction complète est du reste impossible, à cause de la contracture du col. Pendant cette manœuvre, la main n'a pas rencontré le placenta.

Malgré tout, la femme succombait à 6 heures 50 minutes, 20 minutes après son entrée à l'hôpital.

Deux heures seulement après la mort de la femme, l'extraction du fœtus put être complétée. C'est un garçon de 2,270 grammes, qui paraît mort depuis quelque temps déjà : l'épiderme est macéré et décollé au niveau du scrotum, et les conditions de résistance des téguments sont tellement modifiées que les tractions sur le membre engagé, tractions qui n'ont pas été excessives, puisque le col n'est pas déchiré, ont suffi pour décoller en jambière toute la peau du membre engagé dans le col.

Le placenta fut extrait après l'enfant; il était d'apparence normale.

L'extraction du fœtus et celle du placenta ne purent être termi-

nées que deux heures après l'accouchement, à cause de la rigidité du col de l'utérus.

L'autopsie fut pratiquée le 2 juillet, quarante-trois heures après la mort.

Corps dans un état de décomposition avancée.

L'examen du cœur, des poumons, du foie, des reins, ne révèle absolument rien d'anormal.

L'utérus est volumineux, mou ; l'orifice du col ne présente aucune déchirure.

Tous les organes sont du reste exsangues. Tous les vaisseaux sont vides de sang. Pas de lésions du vagin.

On retrouve dans le péritoine une partie du liquide salin injecté. L'intestin n'a pas été atteint par le trocart.

A un centimètre environ au-dessous du clitoris et légèrement à gauche, on voit une perte de substance profonde à base irrégulière et qui présente à peu près les dimensions d'une pièce de un franc. Cette plaie paraît intéresser le paquet veineux de la région dans toute son épaisseur et à son niveau on observe des orifices vasculaires béants assez volumineux, quelques-uns gros comme une radiale.

On aperçoit d'ailleurs sur le membre inférieur du côté gauche des petites nodosités variqueuses.

RÉFLEXIONS. — Cette observation, au point de vue clinique, nous a paru du plus haut intérêt. Certes, de tels faits, sans être fréquents, ne sont point exceptionnellement rares (1), et M. Polaillon, alors que nous avions l'honneur d'être son interne, nous disait avoir vu une femme enceinte mourir à la suite de la rupture d'une varice de la jambe. L'hémorrhagie s'était faite dans le cas particulier avec une grande rapidité. Tel n'est pas le cas dans notre observation, et un examen attentif des organes génitaux externes eût permis de reconnaître facilement la source de cette hémorrhagie qu'on laissa, faute de soins, persister pendant plus de quatre heures et tuer une femme, qu'un simple tampon de charpie ou une pince hémostatique bien placée aurait pu très facilement sauver.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. ARRACHEMENT DE L'UTÉRUS IMMÉDIATEMENT APRÈS UN ACCOUCHEMENT; GUÉRISON, par HOPKIN WALTERS *(Transactions of the London Obstetr. Society*, t. XXVI, p. 233, 1885). — II. L'INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE, par le docteur CRAMPTON *(American Journal of Obstetric*, oct. et nov. 1885, p. 1,009 et 1,146). — III. OBSERVATIONS D'INVERSION DE L'UTÉRUS, par ARBUCKLE *(The Lancet*, 26 décembre 1885).—DAVIES *(British medic. Journal*, 17 octobre 1885).—MICHAEL *(Edimb. medic. Journal*, décembre 1885, p. 553).—IV. SUR LE TRAITEMENT DE L'INVERSION UTÉRINE, par le docteur KRUKENBERG *(Centralblatt für Gynækologie*, 1886, no 2, p. 17). — V. UN CAS DE RUPTURE DE L'UTÉRUS GRAVIDE, par le docteur SARCHI *(Wratsch*, 1886, no 3).—VI. SUR LA DISTENSION DU COL ET LA RUPTURE DE L'UTÉRUS, par le docteur C. FLEISCHMANN *(Zeitschrift für Heilkunde*, t. VI, p. 287.

I. Une femme de 22 ans accouchait de son troisième enfant au mois d'avril 1882 ; l'enfant était venu à terme, en bon état. La sage-femme intervint pour hâter l'expulsion du délivre et fut assez maladroite pour arracher l'utérus en totalité. HOPKIN WALTERS vit la malade vingt et une heures après cette mésaventure ; la nouvelle accouchée était dans un état relativement satisfaisant; température normale, pouls 120. Le ventre n'était ni ballonné ni extraordinairement douloureux. Hors du vagin faisait saillie un fragment d'épiploon, de 14 pouces de longueur, qu'il fut impossible de réduire ; c'est pourquoi Hopkin Walters se décida à l'extirper, après avoir appliqué cinq ligatures sur la masse procidente. A l'exploration de la cavité abdominale, on ne découvrait aucune trace d'un utérus.

La malade a guéri. Au début, on lui fit prendre de l'opium et des analeptiques. Pendant toute la durée du traitement, la désinfection du vagin fut pratiquée avec beaucoup de persévérance. L'accident avait eu lieu le 19 avril. Trois semaines plus tard, la femme pouvait être transportée en voiture dans un hôpital du voisinage. Le 10 juin, elle rentrait dans sa famille complètement guérie. Avec l'utérus avaient été arrachés l'ovaire et la trompe gauche ainsi qu'un fragment de la trompe droite. La masse procidente formée par l'épiploon fut enlevée comme il vient d'être dit, en cinq temps, au fur et à mesure qu'elle se ratatinait et qu'elle était envahie par la nécrose. La plaie vaginale s'obtura sans que l'intestin fit hernie. L'évolution fut tellement bénigne qu'une seule fois la température s'éleva de quelques dixièmes au-dessus du niveau physiologique (100°,2 F. = 38° C.). Malgré la persistance de l'ovaire droit, cette femme n'a plus eu de flux menstruel Les rapprochements sexuels ne lui procuraient plus aucune jouissance.

Hopkin Walters n'a pu découvrir dans les recueils de la littérature médicale que deux faits analogues au sien (exception étant faite des observations d'arrachement de l'utérus à la suite de l'inversion de cet organe). Un de ces faits a été publié par Popplewel ; l'autre par Hartwig. Sur ces trois cas, un seul a eu un dénouement fatal.

Nous ajouterons, à propos de cette observation, qu'un tribunal allemand a condamné récemment à une peine d'emprisonnement très sévère (deux ans et six mois) un médecin qui, mandé auprès d'une femme nouvellement accouchée et portant entre les cuisses une tumeur formée par l'utérus retourné sur lui-même, n'eût rien de plus pressé que de tirer sur cette tumeur, sans aucun examen préalable (1). L'utérus fut arraché au prix de difficultés assez considérables, et au bout de dix minutes, malgré les cris de la patiente. Les intestins vinrent aussitôt faire hernie hors du vagin. La femme ne succomba que douze jours plus tard, et dans l'intervalle son état avait été relativement satisfaisant. La mort fut amenée par une péritonite. L'utérus arraché contenait le placenta.

II. CRAMPTON avait assisté une femme lors de son troisième accouchement. Une application de forceps avait été nécessaire pour dégager les épaules du fœtus, qui étaient de dimensions au-dessus de la moyenne. Le délivre fut expulsé sans difficulté ; cependant on avait exercé une pression modérée sur le bas-ventre et une traction légère sur le cordon. Crampton revit l'accouchée vingt-six heures et demie plus tard ; tout avait bien marché dans l'intervalle. En pratiquant le toucher, le médecin constata que l'utérus retourné sur lui-même était descendu dans le vagin. L'orifice externe était fortement contracté. La femme fut chloroformée, et ce n'est qu'au prix de grandes difficultés que Crampton put ramener l'utérus dans sa situation normale. Dix-sept heures plus tard,

(1) Voir Budin, Th. agrég. 1880.

(1) ARCHIV. FÜR GYNÆKOLOGIE, t. XXVI, fasc. 1, p. 137.

la femme succomba après avoir présenté les symptômes du *shok*, et à la suite de métrorrhagies.

Crampton a pris occasion de ce fait, pour dresser une statistique des cas d'inversion utérine, au nombre de 224, consignés dans divers recueils de médecine. Avec ces documents, il a tracé l'histoire clinique de l'inversion utérine puerpérale. Voici quelques-uns des points mis en relief par le médecin de New-York : L'inversion utérine est toujours préparée par une parésie partielle, circonscrite, de la tunique musculaire de l'utérus. Cette parésie a des causes multiples, telles que nombreux accouchements antérieurs, avortements, accouchements prématurés, anomalies des contractions utérines, émotions psychiques, etc. En dehors de toute circonstance prédisposante, des tractions modérées exercées sur le cordon n'entraînent pas l'inversion utérine, mais tout au plus un prolapsus ou une procidence de la matrice. Chez les primipares, l'inversion utérine survient avec plus de facilité que chez les multipares, parceque chez les premières les influences psychiques interviennent dans une plus large mesure, et que l'épuisement de l'utérus se produit plus facilement. Quand l'inversion est récente, elle est facile à réduire, à la faveur d'une pression permanente exercée sur l'utérus, la femme étant chloroformée. Quand l'inversion dure déjà depuis un certain temps, il faut procéder avec beaucoup de circonspection, en exerçant d'abord une pression très faible, qu'on augmente progressivent, et en la combinant au besoin avec l'emploi d'instruments appropriés. La réduction forcée fait courir certains dangers.

Enfin la statistique de Crampton indique comme chiffres de mortalité 25 0/0 pour les cas d'inversion utérine aiguë, 6,73 0/0 pour les cas d'inversion utérine chronique.

III. Arbuckle a essayé de réduire, par simple pression, une inversion utérine qui durait depuis un an et qui s'était produite au moment de la délivrance (deuxième accouchement). Les tentatives de réduction faites pendant que la femme était plongée dans le sommeil anesthésique ont échoué. Arbuckle eut recours alors au procédé préconisé par Barnes : incision profonde, en trois points différents, de la zone circulaire de tissu rigide qui entourait la racine de l'utérus retourné. La réduction se fit sans aucune difficulté. Guérison complète. La femme a eu, depuis, quatre enfants ; délivrances spontanées.

— L'observation de Davies est relative à un cas d'inversion utérine qui durait depuis trois ans. Les premières tentatives de réduction avaient été faites plusieurs mois seulement après l'accident, mais sans résultat. M. Davies appliqua à la malade la ceinture imaginée par Aveling pour remédier à ce genre d'infirmité ; au bout de douze heures, la réduction s'était effectuée. Deux jours plus tard, une nouvelle inversion était en voie de se faire aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus. M. Davies en fit la réduction par des manœuvres intra-utérines. La femme a complètement guéri. Elle a eu, depuis lors, des couches normales.

— L'observation relatée par M. Michael concerne une femme qui avait été assistée, lors de son accouchement, par une matrone sans expérience. Des tractions énergiques avaient été exercées sur le cordon pour amener le délivre au dehors. Il se fit une inversion utérine, en même temps qu'une hémorrhagie profuse. Les tentatives de réduction faites par Michael avec l'aide d'un confrère n'aboutirent pas. L'hémorrhagie fut arrêtée au moyen de badigeonnages de perchlorure de fer. Néanmoins la malade succomba quelques heures plus tard.

IV. Une femme de 26 ans accouchait pour la seconde fois ; aussitôt après la délivrance, elle eut une hémorrhagie profuse et perdit connaissance. Le troisième jour, l'hémorrhagie persistait encore, lorsque la sage-femme constata la présence d'une tumeur volumineuse dans le vagin. Au cinquième jour, cette tumeur se présenta à la vulve, à la suite d'efforts de défécation. Elle fut refoulée dans le vagin, par le médecin de la famille, et maintenue en place au moyen d'un pessaire. L'arrêt complet de l'hémorrhagie n'eut lieu que le septième jour et se maintint pendant six semaines ; puis les hémorrhagies se reproduisirent à des intervalles de huit à quatorze jours. Au bout de trois mois, le pessaire fut enlevé. Pendant la défécation, la malade se trouvait dans la nécessité de maintenir la tumeur avec la main, pour l'empêcher de faire saillie au dehors.

Un an après l'accouchement, la malade se fit admettre dans le service de M. Krukenberg, à Bonn, où l'on constata l'existence d'une inversion totale de l'utérus, y compris le canal cervical. Ce dernier formait un pédicule mince et dur. Le corps de l'utérus était épaissi, convert d'ulcérations et saignant au moindre contact. Quand on exerçait une légère traction sur sa masse, on déterminait l'inversion de la partie supérieure du vagin. La malade fut chloroformée et on eut recours aux divers procédés préconisés par Kiwisch, Sims, Emmet, Schrœder, pour réduire l'inversion utérine, sans le moindre résultat On fit alors la désinfection du vagin, en se servant de l'iodoforme comme antiseptique ; on introduisit dans ce conduit un dilatateur (Colpeurynther) dont la distension fut opérée avec de l'eau. Le dilatateur, à un certain moment, fut mis en communication avec un irrigateur placé à un niveau très élevé ; d'où pression considérable exercée sur les parois du vagin, ce qui occasionna des douleurs abdominales assez vives à la malade, avec impossibilité de rendre les urines. On introduisit une sonde en caoutchouc, à demeure, dans la vessie. Pour calmer les douleurs, on prescrivit de la morphine.

Le lendemain, en enlevant le dilatateur, on trouva l'utérus ramolli et le canal cervical dilaté ; le surlendemain, la malade fut chloroformée une seconde fois. On fit de nouvelles tentatives manuelles de réduction, la main étant introduite en totalité dans le vagin ; résultat nul. L'opérateur procéda ensuite de la façon suivante : après s'être placé à la droite de la malade, il introduisit le pouce de la main droite dans la moitié gauche du canal cervical, et saisissant la partie supérieure de ce conduit entre le pouce et l'index, il la refoula en haut et en dehors ; puis, pliant le pouce, il se servit de l'angle saillant formé par la premiere jointure, pour refouler le fond de l'utérus à travers l'anneau distendu formé par l'entrée du canal cervical (un dessin annexé au travail de l'auteur fait bien comprendre cette manœuvre). L'inversion se réduisit ainsi sans difficulté. L'autre main, appliquée sur la paroi abdominale, fut d'une grande utilité pour appuyer ces manœuvres. L'utérus fut désinfecté et bourré de bandelettes de gaze à l'iodoforme, suivant le procédé de Fritsch. T. 38°,2, le soir. A partir de ce jour, température normale ; sous l'influence de l'ergotine, administrée *per os*, l'utérus diminua de volume. Au bout de dix jours, le doigt ne pouvait plus pénétrer dans le canal cervical. L'utérus était en rétroflexion, mais il n'en résultait aucune incommodité pour la malade.

V. Le sujet de l'observation de Sarchi, une femme de 46 ans, était parvenue au septième mois de sa dix-septième

grossesse, lorsque, étant allée aux champs nu-pieds, par un temps de pluie, elle fut prise de fièvre et d'un écoulement de sang par le vagin. A partir de ce jour, elle ne sentit plus les mouvements de l'enfant. L'écoulement vaginal devint fétide. Trois semaines plus tard, la région ombilicale était le siége d'une rougeur qui alla en s'étendant. Au bout de six semaines, il s'était fait à ce niveau, une ouverture à travers laquelle on apercevait des os. Au bout de deux autres semaines, la fistule livrait passage à des matières fécales.

La femme entra à l'hôpital. Elle portait alors, au voisinage de l'ombilic, une ouverture de 6 centimètres de diamètre, dans laquelle étaient enclavés deux os longs et un pariétal, ainsi qu'une masse d'aspect répugnant, contenant des osselets et des matières fécales. Cette ouverture débouchait dans l'utérus, fixé à la paroi abdominale par des adhérences. On l'élargit au moyen de quatre incisions radiées, de façon à pouvoir introduire la main dans la cavité abdominale et retirer le contenu de la tumeur. Dans le fond de l'utérus se trouvaient deux ouvertures, distantes l'une de l'autre de 10 centimètres, livrant passage à des fèces et à travers lesquelles le doigt pouvait pénétrer dans l'intestin. L'écoulement vaginal était également souillé par des déjections.

A l'idée de Sarchi, une péritonite se serait développée à la suite du refroidissement, entraînant comme conséquences la mort du fœtus, la formation d'adhérences entre l'utérus, l'intestin et la paroi abdominale, la suppuration, des communications entre l'intestin, l'utérus et le vagin, et finalement une fistule utéro-abdominale. Le plus curieux de la chose, c'est que cette femme a survécu à ces accidents; la fistule abdominale s'est rétrécie, ne livrant plus passage qu'à des restes d'aliments transformés.

VI. M. Fleischmann relate quatre observations d'accouchements laborieux, dont un s'est compliqué de déchirure du col et du corps de l'utérus, avec issue du fœtus et du placenta dans la cavité abdominale, et mort du fœtus. Il rappelle que Bandl a décrit, en 1875, des modifications du col, qui annoncent une rupture prochaine de l'utérus et qui consistent principalement dans une distension considérable du col, reconnaissable déjà à l'inspection du bas-ventre. Il y a là une indication qui permet de prendre à temps les mesures nécessaires pour prévenir cette redoutable complication, la rupture de l'utérus, ainsi qu'en témoignent deux des observations rapportées par Fleischmann.

Ce dernier a dressé une statistique qui comprend 73 cas de déchirure du col; il en résulte, entre autre enseignement, que sur 18 cas de déchirure totale de la paroi antérieure du col, tous se sont terminés par la mort, tandis que 14 cas de déchirure de la paroi postérieure n'ont fourni que 9 décès. Quand la déchirure intéresse la paroi postérieure du col, le drainage est indiqué, car la cavité de Douglas réalise des conditions favorables à l'écoulement des liquides. Quand la déchirure occupe la paroi antérieure, il faut recourir à la laparotomie. De même encore, quand le contenu de l'utérus s'est échappé dans la cavité abdominale.

E. Ricklin.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Etude sur l'oblitération de l'urèthre non congénitale, par le docteur Jules Ladroitte, ancien interne des hôpitaux.

L'oblitération complète de l'urèthre est considérée comme un fait rare, qu'on oppose, à juste titre, à la fréquence des rétrécissements très serrés, irréguliers, anfractueux, qui persistent pendant des années sans que leurs parois s'accollent les unes aux autres; les pièces anatomiques sur lesquelles il est permis de constater cette soudure sont des moins communes. Aussi doit-on se montrer circonspect en présence d'une observation intitulée: *Oblitération de l'urèthre*. M. Ladroitte a peut-être accueilli trop facilement cette désignation, dans les vingt-neuf observations qu'il en a recueillies.

De ce qu'un rétrécissement n'a pu être franchi pendant la vie, alors même que la totalité des urines s'écoule en arrière de l'obstacle, on n'est pas en droit d'en conclure que la lumière du canal est oblitérée. Pour notre part, nous nous rappelons des cas de ce genre où, après de patientes tentatives, renouvelées pendant plusieurs mois, une fine bougie a été introduite dans un urèthre qui semblait entièrement imperméable. Ce n'est que sur la table d'autopsie qu'on peut affirmer l'existence d'une oblitération, car l'opération de l'uréthrotomie externe elle-même ne permet pas de s'en rendre un compte assez exact.

Ces réserves faites sur la rareté du fait pathologique, nous nous empressons de rendre justice au travail si consciencieux de M. Ladroitte. Il reconnaît deux variétés d'oblitération: l'une, de cause hémorrhagique; l'autre, inflammatoire. Cette dernière est infiniment plus rare.

Pour lui, l'oblitération ne se fait pas spontanément; il faut qu'il y ait perte de substance; une destruction annulaire de l'épithélium est nécessaire pour permettre l'accollement des deux parois du conduit. Au niveau des parois oblitérées, l'urèthre est transformé en un cordon fibreux plein, tantôt distinct, tantôt confondu avec les tissus ambiants. M. Ladroitte admet que l'oblitération peut siéger sur tous les points de l'urèthre, sauf dans la région prostatique, où l'on ne voit jamais d'ailleurs de rétrécissement. L'existence d'une fistule en arrière semble nécessaire, et existe presque toujours, en effet. Cependant, dans un cas, il n'y avait pas d'ouverture extérieure, mais un trajet collatéral qui, contournant l'oblitération, permettait à l'urine de s'écouler par l'urèthre antérieure. Quant au diagnostic, nous avons déjà dit combien il était difficile de l'établir; la suppression de l'urine par le méat, l'impossibilité d'introduire l'instrument le plus fin sont, il est vrai, des signes de l'oblitération; mais ils existent aussi dans certains rétrécissements très serrés et tortueux qui, à un moment donné, se laissent traverser.

M. Ladroitte admet que la ponction, la section et l'excision de la portion oblitérée, constituent des modes de traitements qui reconnaissent chacun leurs indications et qui réussissent généralement.

De la tuberculose de la vessie, par le docteur Paul-Auguste Boursier, ancien interne des hôpitaux.

Les manifestations de la tuberculose dans l'appareil urinaire ont été l'objet de bien des traverses, et sous la seule inspiration de M. le professeur Guyon, plusieurs mémoires ont paru sur ce sujet. La question n'était cependant pas épuisée, et M. Boursier, en la traitant dans sa thèse inaugurale, a produit un travail original nourri de faits et qui met en lumière un certain nombre de points peu connus jusqu'à présent.

Après avoir rappelé rapidement les causes banales partout invoquées pour la localisation du tubercule, il discute la possibilité de la contagion par les organes génitaux pendant le

coït. Comme M. le professeur Gnyon ne la croit pas admissible, il base son opinion sur ce qne la maladie s'observe chez de jeunes enfants, que chez la femme la tuberculose des organes génitaux, surtout externe, est un fait rare; que la tuberculose de l'urèthre extérieur est uns des grandes raretés pathologiquee, tandis qne les manifestations diathésiquss se produisent presque toujours dans la prostate, souvent au sein du tissu; qnelqnefois même, ells débntent sous la muqueuee vésicale. Enfin M. Gnyon a snivi pendant plusieurs années un grand nombre de malades atteints de tubercnlose vésicale; or, dans aucun cas, il n'a pu observer que cse maladee aient contaminé leurs femmes. Il est donc rationnel d'admettre que le tubercule se développe dans la vessie parce que c'est là chez certains sujete le *locus minoris resistentiæ;* c'est en un mot une manifeetation localisée de la tuberculose.

Les lésione anatomiques sont nettement résumées, puis l'anteur passe à l'examen dee eymptômes. Trois périodes sont assiguées à la maladie : dans la première, lee symptômes relèvent surtout de la congestion ; elle est caractérisée surtout par des mobilités de la miction qni est fréquente, impérieuse, douloureuse, involontaire; parfoie elle est impossible, par snite d'une contracture réflexe de la portion membraneuse de l'urèthre. Dans une deuxième période, le sang apparaît rarement précoce, et alors désignée sous le nom d'*épistaxis uréthrale*, cette hématurie apparaît à la fin de la miction; quelqnefoie c'est du sang pur qui s'écoule. La troisième stade est constituée par l'établissement de la cystite, qui se reconnaît à la fréquence et à la douleur des mictions, et à la présence du pus dans l'urine.

Le toucher rectal et vaginal et ls palper abdominal sont les deux modes d'exploration qu'on emploiera; le cathétérisme, quoique la douleur provoqnée par le passage de l'instrnment daos l'urètre postérieur et sur le col soit un bon signe diagnostique; on devra cependant éviter de provoquer des douleurs excessivee, car ces manœuvres sont parfois la cause d'une poussée aiguë.

La recberche des bacilles est un moyen précieux de diagnoetic, mais il ne faut pas trop compter sur lui; dans les cas lee plus nets, un grand nombre de préparations sont nécessaires pour permettre d'en découvrir quelques-uns. De plus, au début ds la maladie, ils manquent souvent; à la fin, il est impossible de les reconnaître au milieu d'une urine purulente et ammoniacale. Après un examen négatif, on ne concluera donc pas à l'absence de la tuberculose.

Le chapitre dn traitement est un des plus intéreseants de la tbèse de M. Boursier. Le traitement général sera celui qu'on dirige d'habitude contre la diathèse tuberculeuse. Localement, il faudra surtout employer les calmants administrés par la voie rectale et se défendre la manœuvre intra-urètrale. Le cathétérisme sera exclu, excepté dans les cas de rètention d'urine; les instillations trouvent ici de nombreuses contre-indications. Mais il est possible de diriger contre la tuberculose vésicale des moyens plns pnissants, dans les cas de douleurs ou d'bématuriee intensee; nous voulons parler de la cystotomie. L'ouverture de la vessie a pour premier effet d'en faire cesser le fonctionnement, et cette suppression physiologique de l'organe amène immédiatement pour ainsi dire la disparition des douleurs et de l'hémorrhagie, symptômes liés à la congestion. Deux procédés opératoires sont en présence : l'onverture de la vessie par le pèrinée, c'est-à-dire la taille ou la boutonnière périnéale de M. Thompson, et la taille hypogastrique qne fait plus volontiers M. Guyon. Nous n'bésitons pas à dire qne nous préférons, avec M. Boursier, cette dernière voie; malbeureusement, elle n'est pas toujours accessible, et, dans des cas de cystite trés intense, la vessie ne peut être distendne sans danger de rupture ; la section sus-pubienne est alors impossible. C'est là une exception, et cette opération rendra de grands services, à condition qu'on laisse la vessie ouverte pendant un temps euffisant. Il n'est pas irrationnel de songer alors à tenter par cette voie la cure radicale de la tuberculose, tout au moins au début de cette affection; une observation rapportée par M. Boureisr vient à l'appui de cette manière de voir.

Dr E. Desnos.

REVUE DES THÈSES

Pathologie mentale

Des impulsions au cours de la paralysie générale, par le docteur Henry Fortineau. — Th. de Paris, 1885.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Les impulsione de la paralysie générale sont dues soit à un penchant instinctif, soit à des idées délirantes, soit enfin à des hallucinations on à des troubles de la sensibilité générale;

2° Les impulsions sont comparables à celles que l'on constate dane lss diverses formes mentales décrites;

3° Ellee ont tontes le cachet de la démence, et celà à nn degré d'autant plus fort que la péri-encéphalite cbronique est plus avancée;

4° Dane les quinze cas que nous rapportons, les impulsions diffèrent suivant la période où en est arrivée la maladie.

Au début, les impulsions instinctives et dues au délire dominent toute la scens.

A la période d'état, les hallncinations prennent une part très active dans la genèse des impnlsions. Les idées délirantes offrent parfois une persistance, une systématisation remarquables, et peuvent êtrs le point de départ d'actes raisonnés et longuement prémédités.

An dernier stade, les impulsions sont rares et obscures, sous la dépendance surtout de la colère ou d'hallucinations.

Essai descriptif sur les troubles psycho-pathiques avec lucidité d'esprit. — Syndromes épisodiques des héréditaires dégénérés, de Magnan, par le docteur André Lanteirès. — Librairie Ollier-Henry. Paris, 1885.

Sous ce titre, l'auteur a voulu émettre quelquee considérations générales sur les principales manifestations de la folie lucide et consciente, manifestations dont on eût fait autrefois autant de formes distinctes de folie raisonnante ou de monomanie, et qu'on considère plus justement aujourd'hui, avec Morel et M. Magnan, comme dee variétés ou des syndromes de dégénérescence héréditaire. Tels sont, par exemple, l'agoraphobie, la claustrophobie, la folie du doute, les délires impnlsifs et anxieux, les perversions et aberrations sexnelles, etc., etc. Dans sa thèse, M. Lanteirès se horne à refléter d'une façon plus on moins exacte les idées de M. Magnan sur ce point de pathologie, en les entremêlant de nombreuses échappées littéraires, poétiques, pbilosophiqnes, historiques, fort intéressantes sans doute, mais qui rendent son œuvre

confuse, touffue, et, par conséquent, difficile à lire et à apprécier.

Voici les conclusions principales par lesquelles il termine son travail :

1° Dans les troubles psycho-pathiques avec lucidité d'esprit, l'hérédité est la règle absolue ;

2° Les malades, dégénérés, sont plus ou moins marqués des stigmates physiques, ces armoiries du blason héréditaire ;

3° Rien de fixe dans l'apparition, la durée, la disparition et le retour ou le changement de ces syndromes, soit chez tous les malades, soit chez le même sujet. L'irrégularité la plus capricieuse est presque la loi des psycho-pathies ;

4° Malgré cette désharmonie physique et morale, les héréditaires (qui jouissent de toute leur lucidité en tout temps) peuvent, dans l'intervalle des accès, reprendre leurs affaires et leurs occupations habituelles, vivant de la vie commune. Souvent même, — et c'est ici que le médecin pratiquant doit bien faire attention, — ils se dominent en public et ne lâchent la bride à leur manie que dans l'intimité absolue ;

5° Comme antithèse à cette défectuosité morale, ces malheureux brillent par d'autres qualités, par une très grande suractivité de l'intelligence, propre à dérouter précisément leur entourage ;

6° Ils n'aboutissent jamais ni à la débilité intellectuelle, ni à la démence.

Dr E. Régis

BULLETIN

De l'eczéma.

M. Quinquaud a inauguré un système nouveau d'enseignement, en faisant des conférences cliniques sur les affections cutanées, non pas le matin, à l'heure de la visite, mais à quatre heures de l'après-midi, à l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Louis. Les étudiants peuvent ainsi profiter des leçons que leurs occupations ne permettent pas de suivre dans la matinée.

Le grand nombre des auditeurs, leurs applaudissements fréquemment répétés, ont été la meilleure preuve de l'utilité de cet enseignement spécial.

M. Quinquaud s'est proposé, dans chaque séance, de décrire un type, un groupe de maladies cutanées et d'en indiquer le traitement. Des moulages et des malades viennent compléter la description.

Toute affection cutanée, comme l'a indiqué Willam, présente des lésions élémentaires qui sont caractérisées d'emblée primitivement dans leur évolution.

Ce qui caractérise l'eczéma à sa période d'état, c'est la vésicule : c'est donc une affection vésiculeuse spéciale ; la vésicule de l'eczéma a ses caractères propres et se retrouve toujours dans tout eczéma.

L'eczéma siège dans la couche muqueuse de Malpighi, près de la couche d'héléidine ; c'est là que débute la lésion mère. Ainsi la lésion principale de l'eczéma est une lésion superficielle, presque épidermique ; ce n'est pas une lésion se développant dans les glandes sudoriques, qui sont saines.

Dans l'eczéma, il y a une exfoliation terminale, une desquamation secondaire ; la squame vient secondairement et non primitivement. Cette desquamation s'explique par le siège de la lésion, la couche d'héléidine étant lésée.

Un peu plus tard, et quelquefois primitivement, on voit les papilles se prendre. On observe alors une légère hypertrophie des papilles qui font des saillies. A la surface de cette saillie, on trouve la petite vésicule d'eczéma ou des traces de squame. La lésion est encore une vésicule et non une papule.

La papille, au lieu d'être hypertrophiée au début, ne le devient que plus tard. Dans d'autres cas, les papilles prennent un accroissement considérable : on a l'*eczéma papillomateux*.

L'eczéma est caractérisé cliniquement par : 1° de la *rougeur ;* 2° des *vésicules ;* 3° une *sécrétion liquide spéciale ;* 4° des *démangeaisons vives ;* 5° un *état ponctué de la peau ;* 6° des *squames*.

La rougeur. — Certains eczémas sont presque exclusivement constitués par de la rougeur, et les adversaires de l'école de Willam disent que dans ces cas on a non de l'eczéma, mais de l'érythème. Mais avec la loupe on voit qu'à la surface de cette rougeur il existe de petites saillies très fines ; ce sont des embryons de vésicules, comme le démontre l'histologie.

La vésicule. — Ces vésicules ne sont pas celles des autres maladies vésiculeuses : ce sont des vésicules petites, miliaires, dont le nombre est prodigieux et dont la durée est essentiellement éphémère, de quelques heures à un ou deux jours au plus.

Voilà ce qui caractérise la première période.

Avec la rupture de la vésicule apparaît la seconde phase de l'eczéma. Le liquide coule à flot, empèse les linges ; il est alcalin, essentiellement et toujours. Ce grand caractère d'écoulement persistant, continu, n'avait pas échappé à Alibert.

Ce liquide se concrète et donne naissance aux croûtes eczémateuses qui ont des caractères spéciaux.

Ces croûtes ne sont pas épaisses, analogues à celles de l'impétigo ; elles sont minces, jaunes, lamelleuses, et même ce sont des croûtelles plutôt que des croûtes. Quand elles sont épaisses, il s'y joint un autre élément (terrain, irritation externe, etc.).

Ces croûtes sont caduques ; elles tombent, parce qu'audessous d'elles se fait toujours le suintement caractéristique.

Au-dessous de ces croûtes, on verra peu à peu l'épiderme se former ; l'épiderme est rose, luisant, vernissé. Tant qu'on constate cet état luisant, on doit se dire que l'affection n'est pas guérie, et cet état peut persister pendant des années.

L'état ponctué. — Il est caractérisé par un fond rouge, sur lequel se voient de petites dépressions, des petits points déprimés. C'est un caractère d'une très grande importance, à la fin de l'eczéma, par exemple ; à cette période, l'eczéma ressemble au pityriasis, et il serait très difficile d'établir le diagnostic ; on prend alors un linge fin, humecté, avec lequel on enlève doucement les squames et les croûtelles. On voit alors cet *état ponctué* qui permet de dire que c'est de l'eczéma et non du psoriasis ou du pityriasis.

La troisième phase est la desquamation.

Les malades ont des sensations nombreuses de chaleur, de brûlure. Le prurit eczémateux est caractérisé par deux sortes de prurit : il peut être *primitif*, et appartient à la période d'état. Un eczémateux guéri est pris d'un prurit atroce, épouvantable ; c'est le *prurit consécutif*, secondaire.

Il est nécessaire de bien connaître les variétés d'eczéma, à cause du traitement qui est variable. De plus, il est un caractère de l'eczéma, c'est l'*irritabilité de la peau*. Au moment de

son activité, au moment des poussées, si on applique le moindre excitant, la peau s'enflamme, il survient une modification de l'eczéma.

L'eczéma est une affection aiguë ou chronique. Mais on ne doit pas oublier que l'eczéma est essentiellement à poussées aiguës, qui apparaissent même sur un fond chronique.

Les eczémas ont été divisés en deux catégories : il existe d'abord une *forme sèche d'emblée*. La vésicule dure deux ou trois heures, et la desquamation arrive. Sur la surface rouge, on trouve de petits points blancs desquamés.

Le traitement consistera en bains d'amidon, glycérolé d'amidon. Dans les cas rebelles, chez les enfants, on emploiera la pommade à l'oxyde de zinc à 1/20.

L'*eczéma unisquamosum* constitue une autre forme. Il a un siége spécial, la racine du nez, entre les deux sourcils; c'est une squame unique, toujours sèche, ne suintant jamais. On devra crayonner au nitrate d'argent la surface pour y déterminer une escharre.

L'*eczéma fendillé* forme des fissurations géométriques, converties en certains points de petites vésicules. La solution de nitrate d'argent à 1/5 donnera d'excellents résultats, sauf au moment des poussées, où les émollients seront seuls indiqués. Quand ces fissures résistent au traitement, on se sert avec avantage de pommade à *lanoline*.

L'*eczéma nummulaire* est caractérisé par des placards arrondis ; il est chronique et généralement très tenace. On emploiera l'emplâtre de Vigo ou la potasse caustique en solution à 1/6.

L'*eczéma rubrum* est un eczéma pseudo-exanthématique qui a une marche cyclique toujours la même : ce sont des plaques rouges suintantes, débutant par le tronc, les aisselles, et qui arrive à se généraliser, tout en laissant entre les placards de la peau saine. Les lotions émollientes guériront la lésion en trois semaines.

L'*eczéma corné* se distingue de la kératodermie en ce que, dans l'eczéma corné, il existe de petits points miliaires, tandis qu'on n'observe rien de semblable dans la kératodermie, où la peau est normale, pas rouge. Les émollients ne sont pas indiqués ; on ordonnera de l'emplâtre de Vigo pendant deux ou trois jours, et, chaque matin, des frictions au savon mou de potasse.

L'eczéma peut devenir *bulleux*. Ces bulles ne surviennent que consécutivement et elles sont accompagnées de vésicules ; la profession, les agents extérieurs, le traitement intempestif, peuvent en être la cause.

L'*eczéma marginé*, décrit par Hébra, présente de petites vésicules. Cette forme marginée n'est autre chose qu'une affection parasitaire (microsporum minutissimum, trichophyton, etc.)

Les *formes composées* de Devergie ne doivent pas être admises, l'eczéma restant toujours eczéma ; il n'y a pas de forme complexe.

L'*eczéma lichénoïde*, décrit par quelques auteurs, est un lichen et non un eczéma.

Enfin, il faut ajouter l'*eczéma hypéridrosique* qui tient à ce que, dans les régions riches en glandes sudoripares, il y a une sueur très abondante ; sous l'influence de la macération, on voit se produire de l'eczéma.

L'*eczéma miliaire* ne suinte jamais.

L'*eczéma pétéchial*, l'*eczéma estival* et l'*eczéma intertrigineux* sont des formes que l'on ne doit pas oublier de signaler.

M. Quinquaud a terminé cette intéressante leçon en présentant un certain nombre de malades porteurs de ces différents eczémas.

A. Martha.

NOTES & INFORMATIONS

Décret portant création d'un certificat d'études a exiger des aspirants au grade d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe.

Le Président de la République française,

Le Conseil supérieur de l'instruction publique,

Décrète :

Article premier. — A dater du 1er novembre 1887, les candidats aux grades d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe devront, à défaut d'un diplôme de bachelier, produire, en prenant la première inscription de scolarité pour les officiers de santé, ou la première inscription de stage, pour les pharmaciens de deuxième classe, un certificat d'études délivré par le recteur après examen subi devant un jury siégeant au chef-lieu de chaque Académie, et composé de l'inspecteur d'Académie, président, et de trois professeurs agrégés de l'enseignement secondaire classique ou spécial, désignés annuellement par le recteur.

Art. 2. — Les épreuves écrites sont :

Une composition française sur un sujet simple : lettre, récit, etc.

Une version latine de la force de quatrième, ou, au choix des candidats, une version de langues vivantes (anglais ou allemand) de la force de quatrième année de l'enseignement secondaire spécial.

Ces épreuves sont éliminatoires.

Les sujets et textes des compositions sont donnés par le jury.

Art. 3. — Les épreuves orales sont :

L'explication d'un texte français tiré des auteurs prescrits dans la division de grammaire de l'enseignement secondaire classique ou dans les quatre premières années de l'enseignement secondaire spécial ;

Une interrogation sur les éléments de l'arithmétique, de la géométrie et de l'algèbre, d'après les programmes des trois premières années de l'enseignement secondaire spécial ,

Une interrogation sur les éléments de la physique et de la chimie, d'après les programmes de la deuxième, de la troisième et de la quatrième année de l'enseignement secondaire spécial;

Une interrogation sur les éléments de l'histoire naturelle, d'après les programmes de la première, de la deuxième et de la quatrième année de l'enseignement secondaire spécial.

Pour chacune de ces interrogations, il est proposé au candidat trois sujets différents entre lesquels il a le droit de choisir.

Art. 4. — Chaque épreuve écrite et orale donne lieu à une note spéciale variant de 0 à 20.

Pour être admis, les candidats doivent avoir obtenu 60 points au minimum. Toutefois, quel que soit le total des points obtenus, l'ajournement peut être prononcé, après délibération du jury, pour insuffisance de l'une des épreuves soit écrites, soit orales.

Art. 5. — Il est accordé trois heures pour la composition française et deux heures pour la version.

L'ensemble des épreuves orales dure trois quarts d'heure.

Art. 6. — Les sessions ont lieu à la fin et au commencement de l'année scolaire, à des dates fixées par le recteur.

Art. 7. — L'inscription a lieu au secrétariat de chaque Académie, pendant une période déterminée par le recteur, et qui ne peut être inférieure à quinze jours.

Art. 8. — Les candidats au grade d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe qui auront obtenu, avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire

spécial, soit le certificat d'examen de grammaire, complété par l'examen scientifique, conformément à l'article 1er du décret du 1er août 1883, pourront prendre leur première inscription sans produire le certificat d'études institué par le présent décret.

Art. 9. — Les dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées.

Fait à Mont-sous-Vaudrey, le 30 juillet 1886.

Jules GRÉVY.

— Pendant la durée du congrès de l'Association française, deux conférences publiques seront faites : l'une, par M. le docteur Grancher, sur la prophylaxie de la rage; l'autre, par le docteur Martin, sur l'assainissement des habitations.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons au dernier moment la mort du docteur Zueber, médecin principal de deuxième classe de l'armée, professeur d'épidémiologie à l'Ecole du Val-de-Grâce, détaché au Tonkin, où il avait été appelé à diriger le service de santé.

Zueber, né en Alsace, à Bruebach, en 1847, s'était conquis par de brillants états de service la haute situation qu'il occupait dans le corps de santé militaire. Sorti de l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg, en 1869, avec le premier rang, il prit part au siège de Metz pendant la guerre de 1870-1871, et par sa conduite mérita peu de temps après la croix de chevalier de la Légion d'honneur. En 1878, il fut nommé, à la suite d'un brillant concours, professeur au Val-de-Grâce. Ses vastes connaissances et ses aptitudes variées le désignèrent au choix du gouvernement français pour différentes missions officielles à l'étranger : Mission en Russie, pour étudier la peste sur place, lors de la dernière épidémie, en 1883; à Berlin, la même année, pour dresser un rapport sur l'Exposition d'hygiène; à Genève, en 1884, pour représenter le ministre de la guerre au congrès des Sociétés de la Croix-Rouge. Envoyé sur sa demande au Tonkin peu de temps après, il assista au combat de Lang-Son, montrant autant de sang-froid et de courage dans cette néfaste journée, qu'il sut déployer de dévouement et d'abnégation en face de l'épidémie cholérique qui a décimé notre corps expéditionnaire. Ce sont les services rendus sur ce double champ de bataille, qui ont valu à Zueber d'être nommé, à l'âge de trente-huit ans, médecin principal et officier de la Légion d'honneur.

Aujourd'hui Zueber n'est plus. Il est allé rejoindre cette phalange de braves qui, nés sur une terre française devenue terre d'exil, ont saisi la première occasion, sinon la meilleure, pour sceller de leur sang leur inaltérable dévouement à la Patrie. Il laisse dans le corps auquel il appartenait un vide qui sera difficile à combler; il laisse aussi de vieux parents dont il était l'unique joie et l'unique consolation. Puisse leur douleur être atténuée par les regrets que soulèvera ce deuil!

— On annonce la mort du doyen du corps médical de Châteauroux, le docteur Patureau; — de M. le docteur Ficoni, de Cervione.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Du 5 août au 9 octobre 1886, les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours, de midi à deux heures.

Le secrétaire de la Faculté recevra, pendant la durée des vacances scolaires, tous les mercredis, de midi à deux heures.

La bibliothèque de la Faculté sera fermée, pour le nettoyage annuel, du 9 août 1886 au 31 du même mois inclusivement. Du 1er septembre au 10 octobre inclusivement, elle sera ouverte le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine, de midi à quatre heures. A partir du 11 octobre 1886, elle reprendra son service quotidien.

FACULTÉS DE MÉDECINE.—Par arrêté du 9 août 1886, les agrégés ci-après désignés sont affectés aux diverses Facultés, savoir : Lille : MM. Thibaut (pharmacie), Lambling (chimie) et Morelle (chimie); Lyon : MM. Florence (pharmacie), Hugonnenq (chimie), Malosse (physique), Montpellier : M. Didelot (physique), Nancy : M. Guérin (chimie); Paris : M. Villejean (chimie).

***

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Par arrêté en date du 11 août 1886, un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, s'ouvrira le 15 février 1887 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Mouflier, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

M. le docteur Doyen est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anotomiques et physiologiques.

— M. le docteur Loumeau est nommé professeur d'anatomie à l'Ecole des beaux-arts de Bordeaux.

***

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 1er août 1886, ont été désignés :

MM. les médecins aides-majors de première classse, Labronne, pour l'Ecole de Saint-Hippolyte-du-Fort; — Hugard, pour l'Ecole d'Autun; — Carlier, pour l'Ecole de Montreuil-sur-Mer.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Forgue, pour le 2e régiment du génie; — Ramey, pour le 17e d'artillerie.

— Par décret, en date du 4 août 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe.—M. Coste.

Au grade de médecin-major de première classe.—MM. Galand et Rivière.

Au grade de médecin-major de deuxième classe.—MM. Grodvolle et Hiard.

Au grade de médecin aide-major de première classe.—MM. Langot, Delotte, Astier et Hervé de Lavaur.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. Bernier, Richart, Archambaud, Abadie et Benoit.

***

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — Prix Civiale. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le docteur Civiale, pour le meilleur travail sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'Administration le 15 août au plus tard.

— Le mercredi 18 août 1886, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du IVe arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 1er AU SAMEDI 7 AOUT 1886

Fièvre typhoïde 28 —Variole 2.— Rougeole 22.— Scarlatine 8. — Coqueluche 13. — Diphthérie, croup 13 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 36. — Phthisie pulmonaire 183. — Autres tuberculoses 35. — Autres affections générales 61 — Malformation et débilité des âges extrêmes 33. — Bronchite aiguë 20 — Pneumonie 56. — Athrepsie

(gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 99. — au sein et mixte 37. — Inconnu 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 62. — de l'appareil circulatoire 59. — de l'appareil respiratoire 50. — de l'appareil digestif 41 — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 6 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28. — Causes non classées 23. — Total de la semaine : 956 décès.

Fournitures de **librairie** *et* **impression** *de mémoires, brochures, etc. — Octave Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon.*

Toute demande de livres édités *personnellement* par M. DOIN, dépassant 30 francs et accompagnée d'un mandat postal ou d'une valeur sur Paris, sera servie franche de port, partout où parviennent les colis postaux, avec une remise de 15 0/0 sur les prix marqués. — Sur tous les autres ouvrages scientifiques ou littéraires publiés par les autres éditeurs, la remise ne serait que de 10 0/0 et l'envoi franc de port. — Sur les demandes inférieures à 30 francs, ou sur les ouvrages expédiés par la poste, aucune remise ne peut être accordée.

Pour les impressions : Les conditions seront à débattre préalablement avec M. Doin, qui fournira des devis et traitera à forfait.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Nouveaux éléments de chirurgie opératoire, par le docteur Chalot, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. Un volume in-18 jésus cartonné diamant de 750 pages, avec 498 figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La grande hystérie chez l'homme, par le docteur A. Berjon, médecin de 2e classe de la marine. Grand in-8 de 80 pages, avec 10 planches hors texte. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Guide du médecin-inspecteur de la première enfance. Explication de la loi du 23 décembre 1874, son mécanisme, les bons effets qu'en en a obtenus et ceux qu'on est en droit d'en attendre encore, par le docteur Limouzin-Lamothe (de Mormant). 1 volume in-18 de 85 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De l'action révélatrice et bienfaisante des eaux de Cauterets sur la diathèse palustre, par le docteur C. Robert, médecin en chef de la Maternité (Pau). Brochure in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulev. St-Germain.

Etude clinique sur le choléra au Pharo, pendant l'épidémie de 1885, par le docteur M. Coste, médecin des hôpitaux de Marseille. — Paris, 1886, grand in-8 de 85 pages, — Prix : 2 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.





57e année. 7e série. Tome III. N° 34 21 AOUT 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

GYNÉCOLOGIE

OVARITE CHRONIQUE, DATANT DE QUATRE ANS, TRÈS DOULOUREUSE. — ECHEC DE TOUT TRAITEMENT MÉDICAL. — CASTRATION DOUBLE. — GUÉRISON COMPLÈTE, par le docteur S. POZZI, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine.

Catherine Maus..., âgée de 29 ans, entre à l'hôpital temporaire Pascal, salle A, lit n° 4, le 17 novembre 1885.

Antécédents. — Pas de maladies de l'enfance, nulle trace de scrofule ni de syphilis. Réglée à 12 ans. Mariée à 20 ans, menstruation régulière. *Aucun phénomène quelconque d'hystérie ou de nervosisme.* Premier enfant à 22 ans, sans accidents, se porte bien. Deuxième enfant à 25 ans (il y a 4 ans), grossesse et couches pénibles ; l'enfant meurt à 8 mois.

C'est à partir de ce moment que les douleurs dans le ventre ont apparu pour ne plus cesser. Il ne paraît pas cependant y avoir eu des phénomènes d'inflammation aiguë. Mais le ventre est resté ballonné, sensible, et des douleurs très vives suivent la moindre fatigue ou le coït.

La marche elle-même provoque l'apparition de douleurs siégeant surtout dans la fosse iliaque gauche. Pas de leucorrhée. Les règles auraient été normales jusqu'à ces derniers mois où se sont produites de véritables hémorrhagies. Depuis la même époque (20 mois), les douleurs sont devenues plus vives et presque continues, condamnant la malade à un repos absolu ; elle doit même depuis lors garder le lit presque constamment.

Il y a un an, elle entre dans le service du Dr Gallard où elle demeure deux mois. On lui met successivement dans la région iliaque gauche des vésicatoires, des sangsues, des pointes de feu. Loin de s'améliorer, l'état empire ; le ballonnement du ventre et les douleurs augmentent surtout au moment des règles ; cependant, dans les deux derniers jours des règles ou ceux qui les suivent immédiatement, il y a presque toujours une détente, une véritable amélioration dans l'état douloureux

Malgré ces phénomènes morbides, l'état général reste bon, il n'y a pas d'amaigrissement ; l'appétit, quoique médiocre, n'est pas sensiblement altéré.

En septembre 1885, la malade entre dans le service du Dr Polaillon, à la Pitié ; elle y est traitée par l'application de pointes de feu sur le col, et n'en éprouve pas de soulagement appréciable.

Elle entre à Pascal le 17 novembre 1885.

Etat au moment de l'entrée. — Les *signes fonctionnels* sont les suivants :

Tension continue dans le bassin, chaleur, pesanteur. Douleurs abdominales intenses, augmentant surtout au moment des règles. Puis, quand celles-ci sont passées, la malade a un ou deux jours de répit, après lesquels les douleurs reviennent Elles ne sont pas continues, mais se montrent par crises durant plusieurs heures, apparaissant surtout le soir. Crises pendant lesquelles l'état de la malade est intolérable et où on est quelquefois obligé d'avoir recours à des piqûres de morphine pour la calmer.

Tous les autres organes fonctionnent bien.

Etat général. — Pas d'anémie prononcée, pas d'amaigrissement notable.

Signes locaux. — La palpation abdominale ne révèle rien d'anormal dans le bassin.

Le toucher, combiné au palper, nous montre l'utérus en légère antéflexion. Le col est un peu gros. Mais ni le toucher ni l'examen au spéculum ne révèlent de métrite caractérisée ; la capacité de la cavité utérine n'est pas augmentée. Avec le toucher et le palper combinés, on détermine une douleur vive dans la région des ovaires, surtout à gauche. Mais il n'y a pas moyen de sentir l'ovaire prolabé dans le cul-de-sac de Douglas par le vagin, ni de l'atteindre par le toucher rectal.

M. Pozzi diagnostique une péri-ovarite chronique, suite d'une pelvi-péritonite limitée, post-puerpérale. La malade est pendant trois mois tenue au repos, avec bains prolongés tous les deux jours et cataplasmes sur le ventre, etc. Aucune amélioration. En présence de cet état qui a résisté depuis un an à toutes les médications employées successivement dans trois services, M. Pozzi propose à la malade la castration qu'elle accepte. L'opération est pratiquée le 12 février 1886.

Incision sur la ligne blanche, de 12 centimètres, partant à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic (primitivement de 10 centimètres, l'incision a dû être augmentée de 2 centimètres, à l'aide des ciseaux, à cause des difficultés opératoires qui se sont présentées).

Un peu d'hémorrhagie par les veines sous-cutanées.

Après l'incision du péritoine, quatre fils sont passés à travers les lèvres de la plaie, en haut, en bas et sur les côtés, pour permettre de tendre et d'écarter l'ouverture de la paroi abdominale, et aussi pour s'opposer au décollement des di-

vers plans qui composent les parois, durant les manipulations.

Les intestins sont refoulés en haut à l'aide d'éponges larges.

La main étant introduite trouve l'ovaire droit en rétroversion (tandis que l'utérus est en antéversion).

Grand nombre d'adhérences dues à des inflammations anciennes. On les déchire avec les ongles, et une pince longue saisit l'aileron du ligament large immédiatement au-dessous de l'ovaire, pour l'attirer plus facilement au dehors. Le volume de cet organe est un peu augmenté et il renferme trois petits kystes sanguins gros comme des pois.

Le pédicule est lié à l'aide de trois ligatures au fil de soie phéniqué.

Pour en opérer la section, on remplace la pince longue par une pince-cautère de Hegar, immédiatement au-dessus des ligatures. On protège les parties environnantes à l'aide d'une compresse mouillée et on sectionne lentement au thermo-cautère. Pas d'hémorrhagie à la surface de la section qui est touchée à la solution phéniquée forte (40 0/0).

L'ovaire gauche est aussi maintenu en rétroversion; quoique ayant contracté des adhérences comme l'autre, il est dégagé plus facilement et enlevé par le même procédé. Il ne présente pas d'altérations apparentes. Deux ligatures seulement sont placées sur le pédicule.

La cavité péritonéale est rapidement épongée, elle ne contient pas de sang. L'épiploon est étalé au-devant du paquet intestinal, et la plaie est fermée par 5 sutures profondes. L'une d'elles perfore une branche de l'épigastrique qui donne du sang abondamment. L'hémorrhagie paraît être arrêtée par une suture voisine. 6 sutures superficielles. — Pansement à la gaze iodoformée.

L'opération a duré une heure et demie avec le pansement. Une remarque intéressante a été faite au cours de l'opération: chaque fois que le ligament large a été pincé ou serré avec les ligatures, il s'est produit chez la malade des mouvements réflexes qui ont amené le vomissement d'une petite quantité de mucus stomacal, avec un peu de hoquet et puis un peu de cyanose passagère.

L'examen histologique des ovaires n'a pas révélé d'altérations autres que la présence des petits kystes sanguins déjà signalés, et que quelques auteurs ont signalée comme caractéristiques de l'ovarite.

En somme, la lésion principale résidait dans les adhérences qui emprisonnaient les ovaires et les maintenaient dans une situation vicieuse; il y avait plutôt *péri-ovarite* qu'*ovarite* proprement dite.

Les suites de l'opération ont été excessivement simples. Il y a eu seulement un petit thrombus dans la paroi abdominale, qui a amené un peu de suppuration dans un point très limité de la plaie. La cicatrisation était complète le 5 mars, au moment présumé des règles. Celles-ci n'apparaissent pas, mais la malade accuse des bouffées de chaleur et quelques douleurs lancinantes dans le ventre.

Depuis, cet état congestif, avec tendance au sommeil, s'est reproduit régulièrement à l'époque menstruelle, mais sans douleurs notables et aussi sans le moindre écoulement sanguin.

La malade *ne sent plus son ventre*, c'est son expression. Elle jouit d'un bien-être qui lui était inconnu depuis quatre ans et a repris une vie très active. Elle est complètement guérie, ainsi que la Société peut s'en convaincre en l'examinant et l'interrogeant (1).

La cicatrice abdominale est linéaire, très résistante, sans aucune tendance à l'éventration. Cependant, par prudence, la malade porte une ceinture abdominale.

(1) La malade a été présentée à la Société de chirurgie au mois de juin dernier. Depuis lors, sa guérison parfaite s'est maintenue.

ETIOLOGIE

De la nature épidémique et contagieuse des aphthes, par le docteur Edmond Chaumier.

I

Si quelques esprits par trop conservateurs accusent les médecins d'aujourd'hui de microbiomanie, il faut avouer que l'on n'était pas très difficile autrefois, et il y a peu d'années encore, sur les causes à assigner aux maladies. Le froid, le chaud, l'humidité, les irritants mécaniques et chimiques, jouaient un rôle considérable dans l'étiologie pathologique.

Ces réflexions me sont venues en recherchant ce que disent nos auteurs classiques de la nature des aphthes.

Ils seraient dus aux irritants locaux (Descroizilles, Jaccoud), au dérangement des fonctions digestives (Jaccoud, West, Steiner, J. Worms, Grisolle, Barrier), au tempérament lymphatique (Billard, Barrier, Grisolle, Rillet et Barthez), à la dentition difficile (Barrier, Steiner), à l'état puerpéral (Jaccoud, Grisolle), à la mauvaise alimentation (Grisolle, Bouchut, Billard), à l'air vicié, aux locaux mal aérés et encombrés (Billard), aux saisons et localités humides (Barrier).

D'autre part, on a accusé la rougeole (West) et les autres maladies infectieuses ou non (Steiner), la constitution faible et tuberculeuse (Bouchut), un état général grave (Grisolle), les diarrhées prolongées (Jaccoud), les mouvements fébriles d'une certaine durée chez les vieillards (Jaccoud), et l'on a été jusqu'à créer une sorte de diathèse aphtheuse (J. Worms) et à trouver une prédisposition héréditaire (Rillet et Barthez).

Je noterai enfin, pour y revenir, que des auteurs ont parlé de l'influence de *certaines constitutions médicales*, et que d'autres ont prononcé le mot *épidémie*.

En face d'un pareil chaos, quel est celui qui, voulant se faire une opinion, ne se trouverait pas dans le plus grand embarras.

II

J'ai remarqué depuis longtemps qu'il était rare de rencontrer un cas isolé d'aphthes et que presque toujours il se trouvait des parents ou des voisins du malade également atteints.

Les quelques observations suivantes que j'ai retrouvées en compulsant mes notes jetteront peut-être un peu de jour sur la nature de la maladie qui nous occupe.

Si les faits ne sont pas plus nombreux, c'est que nous avons affaire à une affection légère pour laquelle on appelle rarement le médecin.

Observation I. — Lundi 21 mai 1883. — N..., à la Plaudrie. Douleur de tête au milieu du front depuis samedi. Langue blanche; un peu soif, pas faim. Pouls 94. Rien à la poitrine, ni au cœur, ni au ventre.

22 mai. — Se plaint un peu de la gorge où se trouve une petite ulcération blanchâtre, guérie en deux jours.

29 mai. — Le père est malade depuis hier; il a le mal de tête et a tremblé. Ni soif, ni faim. Pouls 90. Langue blanche; se plaint un peu de la gorge, qui est rouge; et du côté gauche, au niveau des fausses côtes, rien à la poitrine ni au cœur.

30 mai. — Langue blanche; ni faim, ni soif en ce moment, mais a bu aujourd'hui. Pouls 90. A eu quelques frissons, une ulcération blanche, allongée, à la commissure labiale gauche. Dents inférieures couvertes de tartre épais. Gencives très rouges, surtout à gauche, et recouvertes d'ulcérations blanchâtres; quelques ulcérations aussi en dedans de la joue; très peu aux gencives inférieures.

Obs. II. — 26 avril 1884. — R... (enfant). Deux petits boutons secs à la lèvre (peut-être vésicules).

Deux aphthes sur la langue de grandeur inégale; le plus grand large comme un petit pois; d'autres au palais et sur les gencives. L'enfant crie beaucoup.

27 avril. — Il y a toujours une plaque aphtheuse assez grande sur la gencive droite inférieure, où une grosse dent vient de percer. L'aphthe est à côté de la dent, sans y toucher; la gencive est gonflée.

29 avril. — Sur la langue et la gencive, les plaques sont moins marquées, moins blanches et moins larges.

1er mai. — Enfant V..., *cousin germain du précédent* : aphthes.

2 mai. — A encore des plaques d'aphthes. Un peu de fièvre. Sur la langue, une plaque un peu plus grande qu'hier et un peu plus large qu'un gros grain de millet.

2 mai. — B..., à Pressigny (enfant qui vient d'avoir une amygdalite). Pas de fièvre, mais se plaint davantage; les amygdales sont toujours grosses, mais il n'y a pas de sécrétion.

Il s'est développé des aphthes en dedans des gencives supérieures et sur la langue. Beaucoup de petites taches blanches, très ténues; la plus grande, large comme un grain de chènevis, est sur la langue.

Obs. III. — Lundi 2 novembre 1885. — C..., à Pressigny (homme).

Un peu de fièvre, courbature générale, pas d'appétit, pas soif. Se plaint surtout de la bouche. Cela a commencé vendredi, mais il ne s'est arrêté que d'hier. Il est au lit.

En dedans de la lèvre et en dedans de la joue, à gauche, est une grosse plaque blanche ulcérée (aphthes). Les gencives, rouges, gonflées de ce côté, sont couvertes d'une couche blanche épithéliale qui s'enlève à l'ongle.

En dedans des gencives, de ce côté, amas blancs et petites ulcérations au niveau de la sertissure des dents. Sur le palais, sur le voile et jusque sur les amygdales, élevures blanches, aplaties, tout en étant un peu bombées, rondes; quelques-unes ulcérées. Haleine très mauvaise.

La femme dit que *son enfant vient d'avoir la même chose*. Elle a lavé la bouche avec de l'eau miellée. Hier encore, il y avait des plaques blanches; aujourd'hui, il n'y a que de la rougeur.

L'enfant du voisin D... vient d'avoir pareil mal.

9 novembre. — Le père est guéri. *Sa femme en avait eu avant l'enfant.* Je vois dans la rue *l'enfant X...*, qui vient souvent chez sa tante, *voisine de D...*; elle *vient d'avoir des aphthes;* il n'y a plus que de la rougeur au palais derrière les incisives; elle en avait également sur la langue. Le petit D... en avait beaucoup au palais, en dedans des dents et dans d'autres parties de la bouche.

Obs. IV. — 1er juin 1886.—A..., garçon, 7 ans, aphthes en dedans des lèvres, surtout en haut; sur la langue, les gencives, le palais; par petits points arrondis et de différente grandeur sur la langue, par ulcérations blanches irrégulières, plus ou moins allongées sur les autres endroits. Deux ou trois petits boutons blancs au pourtour des lèvres; certains ont eu une petite croûte au milieu et ont des traces d'agrandissement autour; c'est-à-dire que la croûte ne recouvre pas toute la partie malade et qu'autour d'elle est une portion d'épiderme soulevé par un liquide; fièvre, douleur assez grande.

L'enfant est malade depuis une huitaine; la maladie, légère au début, semblait s'être amendée. Elle a beaucoup augmenté depuis deux ou trois jours.

Sa grand'mère a été prise en même temps que lui ou à peu près; elle est encore malade, mais à un moindre degré que lui.

III

Bien que peu nombreux, ces faits suffisent, je crois, à montrer la nature épidémique et contagieuse des aphthes. Si cette étiologie n'a pas été élucidée depuis longtemps, cela vient de ce que ce n'est que rarement, et souvent par hasard, que le médecin est appelé à constater cette maladie. Du reste, comme je l'ai dit, des auteurs ont déjà parlé de *constitution médicale* et d'*épidémie*.

« Nous avons vu à Genève, disent Rillet et Barthez, dans le mois de janvier 1852, à une époque où régnaient des affections catarrhales et diphthéritiques, *les aphthes se montrer aussi épidémiquement*.

« Les aphthes, dit Steiner, constituent rarement une affection idiopathique, *revêtant dans ce cas la forme épidémique*; ils sont plus fréquemment d'ordre secondaire, symptomatiques. »

« Sous l'influence de *certaines conditions médicales*, dit Jaccoud, notamment au printemps et à l'automne, ils présentent une *généralisation quasi épidémique*. »

« Les aphthes, dit Grisolle, semblent constituer souvent une affection symptomatique, quelquefois consécutive à un état général plus ou moins grave; c'est ainsi qu'ile existaient fréquemment dans l'épidémie de Gœttingue, dont Rœderer et Wagler nous ont laissé la relation. Souvent ils coïncident avec un état saburral des premières voies, ou bien ils régnent pendant *certaines constitutions médicales*. Ce sont des accidents assez fréquents dans le cours de l'état puerpéral. »

IV

La nature épidémique et contagieuse des aphthes étant admise, il est facile d'expliquer pourquoi les auteurs ont assigné à cette maladie la plupart des causes que j'ai relatées en commençant, et de montrer que leur erreur n'est pas toujours une erreur d'observation, mais d'interprétation.

Les maladies épidémiques et contagieuses sont des maladies qui se transmettent par des micro-organismes, des graines si l'on veut. Or, les graines de maladies, comme les graines de plantes, ne lèvent pas dans tous les terrains et à toutes les époques. Il y a des graines de plantes qui ne germent que certaines années, sous l'influence de conditions inconnues : ainsi il en est des maladies. Le muguet, pour parler d'une affection qui envahit les mêmes organes que les aphthes, choisit son terrain. Il naît chez les enfants chétifs, les phthisiques, les cancéreux, et un grand nombre de malades quand il existe déjà une dépression profonde de l'organisme. De plus, le muguet, qui est contagieux, se montre épidémiquement; c'est-à-dire qu'il y a des époques où on le rencontre journellement chez les malades épuisés, et d'autres moments où on ne le voit jamais chez ces mêmes malades.

On remarquera que la plupart des maladies citées par les auteurs comme causes des aphthes sont épidémiques.

La diarrhée des enfants est épidémique (diarrhée d'été), et

comme on la regarde généralement comme un accident de dentition, il n'est pas étonnant qne des aphthes, survenant pendant cette diarrhée, soient mis sur le compte de l'évolution dentaire.

Comme, d'un autre côté, on met souvent cette diarrhée (et il y a du vrai) sur le compte d'une alimentation défectueuse, il va de soi que l'alimentation mauvaise a dû être considérée comme cause des aphthes.

La rougeole, la variole, la scarlatine, le typhus, la diphtérie, la pneumonie, la coqueluche, et bien d'autres auxquelles, d'après Steiner, seraient liés les aphthes, sont épidémiques; épidémiques aussi sont les accidents puerpéraux.

Une maladie qui se développe souvent sur des personnes déjà atteintes d'une maladie épidémique, est elle-même épidémique, car elle se montre alors sur un certain nombre de personnes à la fois; et comme elle ne s'est manifestée chez ces personnes que parce qu'elles étaient épuisées par la maladie, il est tout naturel qu'elle se rencontre sur d'autres individus également épuisés, les tuberculeux (Bouchut), les enfants faibles, les personnes qui respirent d'habitude un air vicié, qui habitent des locaux trop encombrés, ceux qui sont atteints de diarrhée chronique ou qui sont épuisés par l'âge.

Il n'est pas jusqu'aux cas qui ont été interprétés par une prédisposition diathésique et héréditaire, qui ne puissent être expliqués par la contagion.

La maladie est quelquefois sujette à récidive (Rillet et Barthez); elle constitue « une affection périodique extrêmement ténace. Tous les mois, chez certains sujets, un peu plus rarement chez d'autres, il se fait une véritable éruption aphtheuse. » (J. Worms.)

Est-ce que ces faits ne peuvent pas s'expliquer par la conservation des germes dans les habitations, les vêtements ou le malade lui-même. Cela a lieu pour d'autres maladies infectieuses, la diphtérie, la pneumonie.

Et je comprends de la même façon le fait mis, par Rillet et Barthez, sur le compte de l'hérédité.

« L'un de nous, disent-ils, M. Barthez, donne ses soins à deux sœurs, chez lesquelles il a constaté, à plusieurs reprises, une éruption aphtheuse. La mère de ces enfants est sujette à cette maladie, qui se développe chez elle comme accompagnement de la plupart des époques menstruelles. »

CONCLUSIONS

De cette étude, il résulte que les aphthes sont épidémiques, contagieux; qu'ils peuvent, comme dans les cas que j'ai observés, survenir sur des sujets sains; mais, comme d'autres maladies également épipémiques (muguet, furoncles), qu'ils se montrent fréquemment sur des personnes déjà affaiblies par des maladies, épidémiques ou non, ce qui les a fait considérer comme symptomatiques de ces maladies.

TRAVAUX A CONSULTER

Rillet et Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 2e édit., 1861, t. I, p. 208 et 209.

Steiner, *Compendium des maladies des enfants*, traduit par Keraval, 1870, p. 354.

West, *Leçons sur les maladies des enfants*, traduites par Archambault, 2e édition française, 1881, p. 590.

Jules Worms, article Aphthes du *Dictionnaire de Dechambre*.

Descroizilles, *Manuel de pathologie et de clinique infantiles*, 1884, p. 88.

Jaccoud. *Pathologie interne*, 3e édit., 1873, t. II, p. 173.

Barrier, *Traité pratique des maladies de l'enfance*, 2e édit. 1845, t. I, p. 629.

Billard, 3e édit. p. 237 et 238.

Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, 7e édition, 1878, p. 531.

Grisolle, *Pathologie interne*, 1862, t. I, p. 244.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Essai de chéiroplastie; tentative de restauration du pouce au moyen d'un désrie du médius, par le docteur Guermonprez (de Lille).

Une femme de 48 ans est atteinte d'un coup de carde. Il en résulte une plaie dorsale comprenant la totalité des parties molles et pénétrant profondément dans les trois premiers métacarpiens, dans les deux phalanges du pouce et dans les phalanges métacarpiennes des index et médius.

En raison des douleurs déterminées par les pointes d'acier qui s'étaient brisées en grand nombre dans et autour des articulations métacarpo-phalangiennes, la résection primitive fut faite pour les aticulations dont il s'agit de l'index et du médius. L'index, demeuré balant et, par conséquent, plus gênant qu'utile, fut amputé le lendemain. Quant au pouce, il n'y fut fait aucune opération primitive.

Un mois après l'accident, le squelette du pouce était presque entièrement nécrosé. Alors fut faite l'opération suivante, après application de la bande d'Esmarch et fixation de la main sur un sachet de sable :

1° Ablation de tous les bourgeons charnus ;

2° Désossement du pouce suivant le procédé ordinaire;

3° Débridement du troisième espace interdigital, jusqu'à 6 ou 8 millimètres du pli le plus inférieur de la paume de la main ;

4° Ablation d'un lambeau en V à sommet supérieur, aux dépens de la peau qui recouvrait, du côté palmaire, l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index ;

6° Sutures dorsales et palmaires de la peau du pouce, dont la partie terminale fut excisée.

Pendant toute cette opération, aucune ligature ne fut nécessaire. Mais malheureusement le cinquième temps ne fut pas aussi aisé que je l'avais trouvé dans mes essais pratiqués sur le cadavre. Les muscles de l'éminence thénar s'étaient notablement rétractés et un relâchement de la bande d'Esmarch avait déterminé, à ce moment-là même, une tuméfaction considérable.

Malgré ces désavantages, le résultat obtenu fut suffisant pour permettre au sujet, non seulement de reprendre un travail de filature, mais encore de faire son ménage et même d'écrire, pourvu que le porte-plume soit volumineux.

Sans insister sur tous les détails, je dois ajouter qu'après avoir attendu pendant plusieurs mois, tout œdème ayant disparu, je refis, sans employer la bande d'Esmarch, le cinquième temps de mon opération, et, cette fois, je réussis sans encombre, à suturer solidement le ligament glénosésamoïdien du pouce à la portion phalangienne du tendon de l'extenseur du médius.

Pour expliquer l'innovation que je me suis permis d'entre-

prendre, j'ai ajouté, aux documents à l'appui, trois faits de perte, soit absolue, soit fonctionnelle du pouce. Enfin, j'y ai rappelé le résultat, absolument remarquable, obtenu, il y a plus de vingt ans, par mon regretté maître, le professeur Parise (de Lille).

C'est l'étude de ce résultat qui m'a inspiré d'entreprendre une tentative de chéiroplastie, malgré les mauvaises conditions réunies dans mon cas particulier.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

VII. PROCIDENCE A TRAVERS L'ANUS D'UNE ANSE DE CORDON OMBILICAL, ANIMÉE DE PULSATIONS, par le docteur STROYNOWSKI (*Centralblatt für Gynækologie*, nº 22, p. 340, 1886). — VIII. UN CAS DE HERNIE INGUINALE DE L'UTÉRUS GRAVIDE, par EISENHART (*Archiv. für Gynækologie*, t. XXXIV, fasc. 3). — IX. LA TROMPE DE FALLOPE COMME UNIQUE CONTENU D'UNE HERNIE INGUINALE, par VOGEL (*Centralblatt für Gynækologie*, nº 11, p. 166, 1886). — X. HERNIE INGUINALE DE L'OVAIRE, par HOLST et TILING (*St-Petersburger med. Wochenschrift* 1885, nº 36). — XI. LA PROPHYLAXIE DU VENTRE PENDANT, par CZERNY (Ibidem, nº 3, p. 33). — Idem, par ELISCHER (Ibidem, nº 11, p. 165). — Idem, par BAELZ (Ibidem, no 25, p. 397). — TRAVAUX A CONSULTER.

Suite. — Voir le numéro précédent.

VII. STROYNOWSKI ayant été mandé le 28 janvier de l'année courante auprès d'une primipare, quatre heures et demie après la délivrance, apprit de la bouche de la sage-femme que celle-ci avait été appelée auprès de la parturiante le matin même, qu'elle avait trouvé la tête du fœtus engagée et le col dilaté, qu'elle avait aussitôt rompu la poche des eaux; de fortes contractions utérines s'en étaient suivies. Au bout d'une heure, la sage-femme s'aperçut qu'un fragment de cordon ombilical, de 24 centimètres de longueur, animé de pulsations, faisait procidence hors de l'anus; environ 35 à 40 minutes plus tard, le fœtus, en état d'asphyxie, était expulsé par la vulve, entraînant à sa suite le cordon. L'expulsion du placenta suivit à un quart d'heure d'intervalle. L'enfant fut bientôt ranimé.

L'examen de la femme fit constater l'existence d'une déchirure du périnée, partant de l'anus, de 1 centimètre de longueur. Hors de la vulve pendait un lambeau de tissu livide. Le doigt, introduit dans le vagin, rencontrait immédiatement au-dessus du périnée une déchirure béante; en même temps on apercevait à travers l'anus la pointe du doigt explorateur. La paroi du vagin présentait une teinte bleuâtre, surtout au-dessus de la déchirure.

L'auteur est d'avis que pour rendre compte de cette singulière complication on en est réduit aux deux hypothèses suivantes : ou bien la paroi recto-vaginale, par suite d'un défaut de résistance, s'est rompue sous l'effort des contractions utérines, ou bien, pour dégager la tête du fœtus et accélérer le travail, la sage-femme avait introduit le doigt dans l'anus et rompu ladite paroi, soupçon qui trouvait un appui dans la forme de la déchirure périnéale.

La guérison a été obtenue à la faveur de simples irrigations vaginales faites avec une solution phéniquée (2 1/2 0/0), et suivies de l'introduction de tampons de gaze trempés dans un glycérolé d'iodoforme (10 0/0).

VIII. EISENHART n'a pu découvrir dans les recueils de la littérature médicale que 5 exemples de hernie inguinale de l'utérus non gravide et six autres relatifs à des cas où l'utérus hernié était en état de gestation. Il relate ensuite un nouvel exemple de ce genre de hernie : une femme de 36 ans, mère de neuf ans, affectée d'une double hernie inguinale, fut prise d'une douleur subite à l'aine droite; en même temps la tumeur herniaire, de ce côté, se mit à grossir jusqu'à atteindre le volume d'un citron. Le médecin de la famille fit, sans résultat, des tentatives de réduction. Il en fut de même à l'hôpital, où la malade dut se faire admettre. Là, il fut reconnu que le sac herniaire contenait, indépendamment d'une portion d'intestin, l'ovaire droit et l'utérus, ce dernier logeant un embryon de trois mois. On resta dans le doute sur la question de savoir si on avait affaire à un utérus bicorne avec hernie d'une seule corne.

Dans le but de provoquer l'interruption de la grossesse, on introduisit dans le vagin un dilatateur (colpeurynter) et on rompit les membranes. Au bout de deux jours d'attente inutile, on se décida à pratiquer la laparo-hystérectomie. Il s'agissait bien d'un utérus bicorne, dont la corne du côté droit était seule engagée dans le sac. On l'extirpa suivant le procédé de Porro, en se servant du thermocautère. Quatre semaines après l'opération, la femme sortait de l'hôpital, guérie.

IX. Une femme de 38 ans, mère de trois enfants, avait ressenti, après sa première couche, des douleurs du côté de l'aine droite. Le médecin, pensant qu'il s'agissait d'une typhlite, prescrivit le repos au lit et des applications froides; les douleurs se sont dissipèrent rapidement.

Elles se sont reproduites en 1884, accompagnées de vomissements. Cette fois encore, le repos au lit amena la guérison. Nouveau retour des douleurs, au mois de novembre 1885, avec apparition dans l'aine droite d'une tumeur du volume d'un œuf de poule. Devant l'insuccès des tentatives de réduction, pratiquées avec le secours du chloroforme, on se décida à l'opération radicale. Le sac herniaire ne contenait qu'une trompe de Fallope, qu'il fut possible de ramener dans la cavité abdominale au prix de quelques mouchetures taillées dans l'anneau. La femme a guéri.

L'auteur n'a pu trouver qu'une seule observation analogue à la sienne; elle est de Bérard.

X. Une femme de 38 ans portait depuis son avant-dernier accouchement, c'est-à-dire depuis trois ans, une tumeur à l'aine droite, qu'elle avait toujours pu réduire. Lors de son dernier accouchement, c'est-à-dire depuis dix jours, sa tumeur s'était reproduite, et elle était devenue irréductible; elle avait le volume d'une tête d'enfant et elle donnait un son creux à la percussion. Elle présentait en outre les caractères d'une hernie étranglée. Le taxis, pratiqué pendant l'anesthésie chloroformique, échoua. On procéda à une opération. La paroi du sac avait une épaisseur d'un centimètre. Le contenu était constitué par du liquide purulent et par un ovaire, que des adhérences fixaient au sac. L'ovaire fut extirpé avec un segment de la trompe. La plaie suppura, mais la cicatrisation se fit sans incident fâcheux. Dans le courant de l'année qui suivit, cette femme, adonnée à des travaux très pénibles, se fit une nouvelle hernie, du volume du poing. L'opération radicale procura une guérison complète.

XI. Le professeur CZERNY (de Heidelberg), ayant eu dans sa

clientèle un certain nombre de dames anglaises, a été frappé de voir que, malgré plusieurs accouchements antérieurs, parfois nombreux (jusqu'à huit), les téguments abdominaux, chez ces dames, étaient aussi fermes que chez les jeunes filles, contrairement à ce qui a lieu chez les femmes allemandes. Il s'est enquis des circonstances propres à expliquer le fait, et il lui a été donné d'apprendre qu'en Angleterre, matrones et accoucheurs ont coutume d'entourer le ventre des accouchées, aussitôt après la délivrance, d'une large bande, fortement serrée, qui reste appliquée pendant huit jours au moins, malgré ce que cette pratique peut avoir d'incommodant pour ces femmes. Cette précaution explique, suivant Czerny, la rareté du *ventre pendant*, chez les dames anglaises, alors que le relâchement de la paroi abdominale consécutif aux couches est de règle chez les femmes allemandes. Czerny ajoute qu'il n'a rien trouvé dans les écrits des auteurs allemands qui ait trait à la pratique en question; c'est tout au plus si Landau, dans son ouvrage sur « le foie mobile et le ventre pendant chez les femmes », proclame l'utilité qu'il y aurait à munir les femmes d'un bandage de corps, lorsqu'elles relèvent de couches. Czerny conseille aux médecins de son pays de tirer parti du renseignement qu'il leur donne; ainsi, des observations en nombre suffisant ne tarderaient pas à faire la lumière sur ce que la coutume anglaise susdite a réellement d'utile, et aussi sur les inconvénients éventuels qu'elle peut entraîner.

— A propos de cet article de Czerny, le professeur Elischer, de Budapesth, a fait savoir qu'ayant assisté, lors d'un accouchement extrêmement laborieux, une tertipare, qui fut prise de fièvre après la délivrance et d'une grande sensibilité de l'abdomen, il lui prescrivit des applications de compresses froides sur le ventre, suivant le procédé de Priessnitz; les compresses étaient renouvelées toutes les trois heures. La femme se félicita surtout de la sensation de fermeté au niveau du bas-ventre, que lui procuraient ces applications froides. Cette circonstance engagea Elischer à recourir aux applications froides chez les accouchées, même quand le travail avait été parfaitement normal. Les compresses étaient renouvelées matin et soir seulement, mais leur application était continuée pendant quinze jours chez les femmes des classes aisées. Leur utilité immédiate s'est fait sentir surtout lorsque les douleurs du ventre persistaient après la délivrance. En outre, chez toutes les femmes soumises à cette précaution, la paroi abdominale antérieure a conservé une fermeté remarquable, et les vergetures sont revenues à des dimensions imperceptibles. Aussi Elischer a-t-il érigé en règle de conduite de faire appliquer sur le ventre des femmes nouvellement accouchées, soit de larges compresses humides, soit un drap en toile grossière et plié en quatre, le tout recouvert d'une feuille de gutta-percha. Les ceintures hypogastriques, dont l'usage entraîne mainte incommodité, en été surtout, ne sauraient suppléer cette pratique si simple.

— M. Baelz, médecin allemand qui exerce à Tokio (Japon), affirme, d'après ce qu'il a vu dans sa clientèle, que si le ventre pendant, à la suite d'accouchements répétés, s'observe avec une fréquence moindre chez les Américaines et les Anglaises que chez les Allemandes, la différence en faveur des premières n'est pas très sensible. Il en est tout autrement chez les femmes japonaises, qui supportent les grossesses et les acconchements répétés sans que la fermeté de leurs parois abdominales en pâtissent. Cela tient à une double cause, suivant Baelz: d'abord, sitôt que la femme japonaise est parvenue vers le milieu d'une grossesse, on lui applique autour du ventre un bandage de corps souple, mais bien serré, et cela avec un cérémonial particulier, conforme aux mœurs du pays; on élargit le bandage au fur et à mesure qu'avance la grossesse; son action contentive s'exerce d'ailleurs avec d'autant plus de facilité que l'usage du corset est inconnu aux femmes japonaises. D'autre part, chez ces dernières, l'inclinaison du bassin est moindre que chez les Européennes (Baelz se propose de fournir à cet égard des renseignements précis), autre circonstance qui favorise l'action contentive du bandage de corps et qui contribue à conférer aux femmes japonaises une sorte d'immunité contre le ventre pendant. Baelz croit néanmoins que le port d'un bandage de corps en flanelle, pendant la seconde moitié de la grossesse et après l'accouchement, aboutirait à peu près au même résultat chez les Européennes; au besoin, on pourra se contenter d'appliquer le bandage après la délivrance, mais en ayant soin de rembourrer le creux formé au devant du ventre, d'organiser, en un mot, une sorte de pansement compressif, semblable à celui qui est employé communément à la suite d'une laparotomie.

E. Ricklin.

TRAVAUX A CONSULTER

I. *Inversion partielle de l'utérus occasionnée par les néoplasmes intra-utérins*, par Tucker-Harrison (Virginia medical Monthly, septembre 1885).

II. *Un cas de menstruation supplémentaire (par l'oreille)*, par le docteur Stepanow, de Moscou (Medicinische Rundschau, 1885, nº 19, analysé *in* Centralblatt für Gynækologie, 1886, nº 13, p. 205).

III. *Un cas de grossesse de durée anormale, avec autopsie du fœtus*, par le docteur Nunez Rossié (American Journal of Obstetric, janvier 1886, p. 18.

IV. *Sur l'inflammation de la parotide, consécutive à l'ovariotomie*, par le docteur Von Preuschen (Deutsche medic. Wochenschrift, 1885, nº 51). — Voir, sur le même sujet, un article de Marweff, *in* Archives de gynécologie, août 1885.

V. *Opération césarienne après la mort de la mère. Rigidité cadavérique du fœtus extrait vivant*, par le professeur Dohrn (Centralblatt für Gynæcologie, 1886, nº 8).

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Le microbe et la maladie, par M. E. Duclaux (1).

« La multitude de faits découverts depuis 1882 a éclairé « les faits anciens d'une lumière imprévue et donné de la « cohésion et de l'unité à une foule de notions éparses au- « trefois. Sur ces fondements s'élève rapidement une doctrine « nouvelle, et on peut essayer aujourd'hui de substituer un « exposé synthétique à l'exposé analytique, seul possible quand « j'écrivais mon premier livre. » M. Duclaux résume en ces mots la pensée qui a présidé à la rédaction de son nouvel ouvrage : ce sont, avant tout, les nouvelles bases de l'étiologie générale, qu'il établit sur la connaissance de la biologie des microbes.

(1) Paris. Masson, 1886.

Le livre est divisé en deux parties : 1° le microbe ; 2° la maladie.

Dans la première, M. Duclaux étudie le *microbe* d'une manière générale, dans son développement et dans sa nutrition. Dans la seconde, il le montre vivant dans les êtres organisés et produisant la maladie.

Cette seconde partie, la plus importante aux yeux du médecin, est donc cependant secondaire relativement à la première; elle en est la déduction, l'application pratique, pour ainsi dire. Ne pouvant songer à l'analyse et encore moins à la critique d'un livre dont on ne peut, suivant nous, apprécier les enseignements qu'en le lisant tout entier, nous nous sommes bornés à en donner ici le résumé, en regrettant d'être condamnés par le défaut d'espace à de trop nombreuses et trop importantes omissions.

PREMIÈRE PARTIE. — *Le microbe.* — Parmi les chapitres de cette partie de l'ouvrage, les plus féconds en déductions précieuses sont ceux qui ont trait à la nutrition des microbes.

Comme à toute cellule renfermant de la matière organique azotée, de la matière non azotée, des principes minéraux, il faut aux microbes des aliments azotés, hydrocarbonés, minéraux, et, de plus, des aliments gazeux pour subvenir aux frais de la respiration. Prenant comme exemple la levure de bière, l'auteur montre que les cellules de la levure agissent à l'état de *ferments* lorsqu'elle vit à l'abri du contact de l'air (anaérobies). Ces ferments, pour vivre, ont besoin d'oxygène, ils l'empruntent au sucre qu'ils décomposent ainsi en alcool et en acide carbonique. Dans sa vie *aérobie*, la levure puise à la fois de l'oxygène dans l'air, du sucre dans le milieu nutritif; sous cet aspect, la vie du végétal levûre n'a rien d'extraordinaire et ressemble à celle des autres végétaux. Du reste, ces deux modes d'existence aérobie et anaérobie peuvent s'observer chez les grands végétaux. Placés dans l'acide carbonique, ceux-ci deviennent, dans cette existence anaérobie, *ferments* comme la levûre, bien qu'à un moindre degré. Leur sucre se transforme aussi partiellement en alcool et en acide carbonique dans ces conditions de vie nouvelles. Il résulte de ces faits que la *fermentation* n'est pas autre chose que la conséquence de la nutrition « et de la vie des cellules dans des « conditions spéciales ». Les applications de ces données à la pathologie apparaissent avec la plus nette évidence ; le caractère ferment d'un microbe se rattache à son caractère pathogène par les liens les plus étroits. « Amener la fermenta- « tion d'une masse considérable de matière, on la mort d'un « animal volumineux, sont, en somme, une seule et même « chose, la manifestation d'une seule et même puissance ». C'est simplement la mise en jeu des décompositions de matière qu'entraînent la présence et la vie des microbes.

Mais cette vie des microbes est subordonnée elle-même à des conditions nécessaires ; il faut d'abord qu'ils trouvent un *milieu* favorable. Rien ne le démontre mieux que l'exposé que donne M. Duclaux des admirables recherches qui ont été faites sur la nutrition minérale des microbes, et plus spécialement sur la nutrition de l'*aspergillus niger*. M. Raulin a réussi à constituer pour cette moisissure un *milieu type* purement minéral, que l'on désigne habituellement du nom de *liquide Raulin*, et qui donne en un temps plus court un poids de plante vivante supérieur à celui de tout autre milieu organique. Une douzaine de substances minérales entrent dans la composition de ce liquide ; mais si l'on en soustrait une seule, la potasse ou le zinc, par exemple, on voit la récolte de l'aspergillus diminuer immédiatement dans des proportions considérables. Et pourtant le zinc ne se trouve dans le liquide que dans des proportions infinitésimales, à la dose homœopathique de 1/50,000. Celà n'est-il pas singulier, dit M. Duclaux? Et ne doit-on pas se demander avec lui de quelles proportions infinitésimales d'un élément utile peut dépendre la santé d'un être vivant, aussi bien que la prospérité d'une culture ? En effet, ajoute-t-il encore, il suffit d'un *seize cent millième* de nitrate d'argent ajouté au liquide Raulien, pour que la végétation cesse brusquement. Le sublimé, le bichlorure de platine, le sulfate de cuivre, agissent de même dans des proportions variables. Ces faits nous rendent compte de l'action si énergique des médicaments dans certaines affections parasitaires.

Il suffit de modifier les sécrétions buccales pour faire disparaître en peu de temps le muguet le plus étendu. Un parasite, dit M. Duclaux, se développant surtout dans le sang comme la bactéridie charbonneuse, aussi sensible que l'aspergillus à l'action du nitrate d'argent, n'exigerait pas plus de *cinq milligrammes* de son toxique. Le difficile, on le voit, est d'arriver au choix de la substance ennemie du développement du parasite. Si on peut le faire, on n'aura pas besoin vraisemblablement de l'employer à fortes doses ; on ne risquera pas de tuer le malade en voulant tuer le microbe. Celui-ci cessera de se multiplier, dès que les conditions nécessaires à son existence ne seront plus réalisées.

Nous ne pouvons insister ici plus longtemps ; les chapitres qui traitent de la nutrition hydrocarbonée et de la nutrition azotée des microbes ne sont pas moins riches en précieux enseignements. Il s'en dégage notamment cette conclusion importante que *les plus grandes ressemblances existent entre les cellules des microbes et celles du corps humain*. Il y a identité dans leur vie, à quelque niveau qu'on l'étudie. Les microbes se nourrissent comme les cellules, ont les mêmes aliments, les transforment de la même manière, en produisant les mêmes diastases; il y a identité dans les produits d'assimilation et de désassimilation, dans le point de départ et le résultat de l'action respiratoire. L'exposé de ces notions termine la première partie de l'ouvrage de M. Duclaux. Cette ressemblance, cette identité dans la vie des cellules doit servir de base à la seconde partie du livre, dans laquelle M. Duclaux montre la lutte s'établissant entre ces cellules diverses, et examine ce que deviennent, à cette lumière nouvelle, les notions de santé et de maladie, l'hygiène et la thérapeutique.

DEUXIÈME PARTIE. — *La maladie.* — Cette lutte entre les cellules de l'organisme et les microbes s'établit sur le *terrain des besoins nutritifs*. Ces deux espèces de cellules ont les mêmes besoins et se disputent les moyens de les satisfaire. Le microbe a pour lui son organisation autonome, sa puissance de reproduction, sa facilité à s'accommoder des milieux les plus divers. Les cellules de l'organisme trouvent, au contraire, leurs conditions de résistance dans leur association entre elles, dans l'appui que leur fournit le fonctionnement normal de l'économie. La santé générale du sujet, dit M. Duclaux, tel est le principal facteur de l'expérience.

L'organisme, dans de bonnes conditions, lutte avec succès contre le parasitisme végétal aussi bien que contre le parasitisme animal. Un sujet cachectique est facilement envahi par la phthiriase, un mouton est facilement victime de la gale. Les raisons dernières de ces faits nous échappent; les mo-

difications de la peau ne se traduisent par aucun changement physique ou chimique que nous puissions saisir. De même que les plus légères modifications dans la composition du liquide Raulin vont permettre ou empêcher la végétation de l'aspergillus, de même des circonstances accessoires peuvent favoriser ou empêcher l'implantation des microbes dans l'organisme. Le refroidissement, l'insolation, les erreurs de régime, le léger traumatisme, etc., toute l'étiologie banale d'une foule de maladies, prend ici la plus grande importance.

Les cellules de l'organisme se défendent encore par les réactions inflammatoires, en éliminant ou en enkystant la cellule parasitaire. Celle-ci, en outre, modifie elle-même par sa présence la cellule de l'organisme qui bientôt sera impropre à lui fournir des matériaux de nutrition. Il peut se produire même à la fois une sorte d'immunité locale en vertu de laquelle les cellules de l'organisme ne se prêtent plus au développement du microbe, tandis que d'un autre côté celui-ci perd de ses propriétés virulentes. Les cellules de l'organisme et celles des microbes prennent et conservent des qualités nouvelles : d'un côté il y a vaccination, de l'autre atténuation des propriétés virulentes.

M. Duclaux en arrive ainsi à l'étude des maladies virulentes à laquelle il consacre d'importants développements.

M. Duclaux désigne sous le nom de *maladies homœogènes* toutes les maladies produites par les microbes pathogènes Elles ont un caractère commun, la multiplication du microbe. au moins au début, dans la période d'invasion. De plus, chaque cas peut servir d'origine pour un nombre plus ou moins grand de cas nouveaux : d'où leur nom générique. Il faut ajouter encore que toujours c'est le microbe qui est spécifique, et non la maladie; celle-ci peut varier suivant la localisation du microbe, suivant le mode et les voies de pénétration, etc. Au milieu de toutes ces maladies homœogènes, il faut faire une place à part aux *maladies virulentes* : elles ne récidivent pas, elles ont une période d'incubation et une période de contagiosité variables pour chacune d'elles ; leur intensité varie notablement suivant les cas, suivant les pays et les temps, enfin, ce sont des maladies à vaccins.

Longtemps le problème de la vaccination a paru insoluble, et ce n'est que dans ces dernières années que la découverte des moyens d'atténuation des virus a soulevé un coin du voile dans cette difficile question. Le degré de virulence d'un microbe dépend de sa qualité et aussi, dans une certaine mesure, de sa quantité. Sa qualité peut être modifiée par l'intervention de certains agents, l'oxygène, la chaleur, la lumière solaire, les antiseptiques. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le microbe ainsi atténué ne l'est que d'une manière relative; la bactéridie du charbon, par exemple, suffisamment atténuée pour le mouton, tuera encore des cobayes ou des lapins, ou, inversement, suivant la méthode d'atténuation qui aura été employée. Nous ne savons rien des modifications *élémentaires* qui se produisent dans les cellules de l'organisme consécutivement à l'inoculation de ces virus atténués et à la vaccination qui en résulte. On connaît mieux les modifications que ce passage à travers un organisme peut amener pour le microbe. En inoculant des séries d'animaux de races diverses, on peut arriver soit à lui rendre toute son énergie et même à l'exalter encore, soit, au contraire, à détruire ou à diminuer progressivement sa virulence. Ces faits conduisent à cette importante *méthode d'atténuation des virus par passage sur des espèces vivantes* qui a déjà donné et promet encore pour l'avenir de magnifiques résultats.

De ce que nous sommes en possession de moyens de faire varier la virulence, il ne faudrait pas conclure que ce mot n'est que l'expression d'une résultante instable, en voie d'évolution continue. De nombreux faits prouvent, au contraire, la stabilité de la virulence et notamment sa *transmission fréquente par voie héréditaire*. Cette transmission héréditaire de la virulence est d'abord mise en évidence par les cultures successives des générations multiples des microbes. La transmission héréditaire de la virulence n'est pas transformée définitivement par les influences brusques et violentes; elle l'est, au contraire, quand l'influence atténuatrice a été lente, comme dans le cas de l'action de l'air, du soleil, des antiseptiques; dans ces cas, le degré de virulence acquise devient héréditaire. Pour les bactéridies que M. Duclaux a surtout en vue, cette hérédité peut même se manifester par des caractères extérieurs, par exemple par l'absence de spores dans les générations ainsi transformées. Ces lois qui régissent la virulence héréditaire dans les cellules de microbes sont applicables aux cellules de l'organisme; elles régissent aussi la transmission héréditaire de l'immunité dans les cellules de l'être vacciné. Dans la lutte contre le microbe, ces cellules ont acquis des propriétés qui les défendent contre des atteintes renouvelées, et qu'elles transmettent aux générations nouvelles des cellules, non seulement chez l'individu, mais aussi dans sa descendance. « Si une cellule vaccinée diffère à un « degré quelconque d'une autre cellule non vaccinée, il serait « surprenant de trouver identiques les produits vivants de « ces cellules et de ne pas rencontrer là aussi, en action, cette « grande force qui gouverne le monde, « l'hérédité. »

En continuant l'étude des maladies virulentes, M. Duclaux complète ces notions sur l'hérédité dans le chapitre consacré à la contagion. Il étudie comme types les deux maladies des vers à soie qui ont été l'objet d'importants travaux de M. Pasteur, la pébrine et la flacherie. Dans la pébrine, le germe *spécifique* envahit de la façon la plus complète tous les tissus du ver; il passe de même dans ses organes génitaux et par conséquent dans ses œufs. Ici, la maladie est donc héréditaire comme elle est contagieuse, et même la contagion et l'hérédité se confondent. Dans l'espèce humaine, on observe des faits semblables pour la variole, pour la syphilis. Dans la flacherie, le germe ne communique plus aussi sûrement la maladie; le ver vit souvent en contact avec lui sans la contracter; de plus, la maladie est moins sûrement mortelle et admet une sorte d'immunité ou de vaccination. Ici, le germe est *banal*, il se trouve partout, et, pour qu'il entre en action, il faut une cause adjuvante, froid, mauvaise nourriture, etc. Ces causes atteignant à la fois un grand nombre de vers, la maladie peut apparaître sous la forme d'épidémies parfois considérables. En somme, le bacille de la flacherie est pour le ver un ennemi toujours présent, mais contre lequel les vers sains et robustes peuvent se défendre. Ici, le bacille n'est pas transmis directement aux œufs, le nouvel être n'hérite pas du germe, mais seulement d'une *prédisposition* à se laisser envahir par lui. Ce n'est pas une *hérédité parasitaire*, c'est une *hérédité fonctionnelle :* le ver naît dans un état de débilité et de prédisposition spéciale qui appelle l'invasion du germe de la flacherie. Telle est souvent, dans l'espèce humaine, l'hérédité de la tuberculose.

Toutes ces notions nouvelles d'étiologie générale conduisent

nécessairement à une prophylaxie et à une thérapeutique nouvelles. Nous pouvons être, à bon droit, effrayés du nombre et de la puissance de diffusion des microbes pathogènes, mais, d'un autre côté, leur culture et l'expérimentation nous montrent que leur force nocive peut être modifiée par des influences minimes en apparence, et que, d'autre part, l'organisme peut être préparé de telle sorte que leur action sur lui soit atténuée ou même annihilée. Fortifier l'organisme, augmenter sa force de résistance, voilà le premier devoir; en second lieu, créer l'immunité par les vaccinations préventives vis-à-vis des maladies spécifiques; enfin, appliquer rigoureusement tous les règlements prescrits par l'hygiène : la désinfection, l'isolement, etc. Quant aux agents thérapeutiques, c'est toujours dans la série des antiseptiques qu'il faut les chercher sans se lasser. C'est à tort que « M. Koch a contesté la vertu des médicaments antiseptiques en les montrant impuissants à détruire les microbes et surtout leurs germes, aux doses compatibles avec le respect de l'être vivant à guérir..... Les antiseptiques diminuent la virulence, dans le sens complexe donné à ce mot; nous en avons eu bien souvent la preuve, et il n'en faut pas davantage pour assurer le triomphe de l'organisme, après une maladie plus ou moins longue et à caractère atténué. »

Nous terminerons sur cette citation : aussi bien de l'ouvrage si original de M. Duclaux, de chacun de ses chapitres se dégage cette conclusion encourageante que la lutte doit être entreprise avec avantage contre les microbes. Une sorte d'équilibre existe entre eux et la matière organisée; il suffit de peu de chose pour leur donner la supériorité, mais aussi de faibles influences peuvent soutenir et protéger un organisme menacé. Ce sont ces résultats pratiques si considérables qui justifient l'enthousiasme qu'inspirent les travaux de M. Pasteur et de son école, et les convictions et les espérances des médecins seront encore fortifiées par la lecture et la méditation du beau livre de M. Duclaux.

F. BALZER.

REVUE DES THÈSES

DE LA MORT SUBITE. — STATISTIQUE DE LA MORGUE DE 1871 A 1884. — CAUSES ET OBSERVATIONS, par L. MAREVÉRY. — Th. de Paris, 1885.

De toutes les questions de médecine légale, celles qui ont trait aux cas de mort subite sont sans nul doute des plus importantes à connaître. Dans la majorité des cas, une autopsie minutieusement faite dira s'il faut croire à un crime et rechercher des coupables, si la mort survenue consécutivement à des blessures a été réellement occasionnée par elles. Le fait suivant démontre que cette dernière alternative doit exciter au plus haut point l'attention de l'expert. En 1882, un indigène des environs de Miliana (Algérie) frappe d'un coup de bâton son père, qui, sous l'empire d'une violente colère, meurt peu d'instants après. L'accusation de parricide était déjà portée lorsque l'on nous commet pour examiner le cadavre; il s'agissait d'une légère contusion à l'épaule gauche et d'une hémorrhagie cérébrale, cause de la mort.

Pour si intéressant que soit le travail de M. Marevéry, nous lui reprochons de ne pas avoir suffisamment attiré l'attention sur de semblables faits. Il n'en reste pas moins la relation très intéressante de cas de mort subite particulièrement empruntés à la pratique de MM. Brouardel et Vibert et les résultats statistiques de ceux observés à la Morgue de 1871 à 1884 : en diminution de 1871 à 1877, ils ont augmenté jusqu'en 1881 pour décroître à nouveau. Plus fréquents en janvier, février et juillet, le sexe masculin, et surtout les célibataires âgés de 40 à 70 ans adonnés à ses travaux pénibles et fatiguants, y sont plus spécialement exposés.

SUR L'INOCULATION DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE, par J. CHASSIN. — Th. de Paris, 1885.

Les expériences d'inoculation de la fièvre intermittente entreprises par A. Laveran en injectant à des lapins de l'eau où se rencontrent les globules ciliés spécifiques par lui découverts, ayant été suivies d'insuccès, M. Chassin relate celles faites par Dochmann, Gerhardt, Mariotti et Ciarocchi, Marchiafava, sur lesquelles il s'appuie pour conclure que l'affection est une maladie transmissible d'homme à homme par inoculation, et que la méthode sous-cutanée étant généralement insuffisante, le meilleur moyen consiste à injecter 1 gr. de sang dans les veines. Tout en constatant à l'occasion l'extrême facilité avec laquelle on expérimente hors de chez nous *in animâ vili*, il importe de relever que si l'on n'a pu inoculer la malaria aux animaux, il ne s'ensuit pas que ces derniers y soient absolument réfractaires. « Celle-ci a pu se traduire, quoique rarement, écrivions-nous en 1882 dans notre topographie de l'Oued-Zéboud (Algérie), par des accès fébriles, mais plus souvent par des lésions organiques analogues à celles de la cachexie miasmatique. » A ce point de vue, nous différons d'avis avec M. Chassin.

ESSAI DE TOPOGRAPHIE MÉDICALE ET STATISTIQUE DE BUENOS-AYRES, par JOSÉ-ROMULO CABRAL. — Th. de Paris, 1885.

Ce travail intéressant est divisé en deux parties. La première renferme un aperçu historique, l'étude de la configuration et de la structure du sol, l'esquisse de la climatologie et de la météorologie. Suivent quelques données sur le caractère, le langage et le logement. Les chapitres concernant les eaux, l'alimentation, la largeur, le revêtement et la propreté des rues, l'éclairage, les moyens de locomotion, la voirie, font regretter que l'auteur ne soit pas entré dans de plus grands développements. Mais où nous taxons cette sobriété de détails de véritable défaut, c'est lorsqu'il traite en quelques lignes la démographie d'une ville qui compte à l'heure actuelle près d'un demi million d'habitants. La seconde partie porte sur quelques points de pathologie médicale plus particulièrement propre à Buenos-Ayres. En présence des ravages faits par la variole, on ne peut être que de l'avis de M. Cabral, demandant la généralisation de la pratique vaccinale.

En résumé, sujet très intéressant, qui aurait mérité d'être plus largement traité.

ETUDE SUR LES FIBROMES DE LA PAROI ABDOMINALE, par Adrien DAMALIX, interne des hôpitaux. — Th. de Paris, 1885.

Bien qu'on doive se reporter à moins de quarante années en arrière pour trouver, dans littérature médicale, les premières observations de tumeurs fibreuses des parois abdominales, il n'est pas à présumer cependant que les anciens chirurgiens les aient laissé passer inaperçues. Le péritoine était, pour eux, un véritable objet de terreur; la plus petite plaie située dans son voisinage étant considérée comme mortelle, ils abandonnaient facilement tout ce qui, de près ou de loin, avait des

rapports avec la redontable séreuse. Le pansement antiseptique devait naître pour faire évanouir d'anssi terrihles craintes et démontrer que la susceptibilité de cette memhrane ne la mettait pas hors des atteintes de la chirurgie. L'ahlation des tumeurs de la paroi abdominale devint le complément des opérations pratiquées sur l'appareil utéro-ovarien. Se hasant sur des observations nomhreuses, sur des interventions multipliées, sur des expérimentations hahilement conduites, M. Damalix rèunit aujourd'hui les opinions, rapproche et condense les faits pour en tirer des vues d'ensemhle permettant de tracer l'étude complète de ces néoplasies.

Les tumeurs développées dans l'épaisseur des parois ahdominales sont des fibromes et, parfois, des fihro-sarcomes à consistance dure, à surface hosselée ou mamelonnée, mais le plus sonvent lisse. Bien que les cas relaté par Sappey et Limange se rapportent à des hommes, elles se rencontrent généralement chez la femme, et peuvent occuper tous les points de la région; leur siège de prédilection paraît être cependant l'arcade crurale, on, d'une façon plus précise, le voisinage de l'épine iliaqne antérieure et supérieure.

La marche graduellement progressive de ces néoplasmes, l'apparition de phénomènes de plus en plus douloureux, forcent le malade à demander les secours de la chirurgie. On anra recours à l'ablation complète, sans hésiter à onvrir la cavité abdominale, dans le cas d'adhérence avec le péritoine. La guérison pourra survenir alors même qu'on se sera trouvé dans la nécessité de resséquer une portion de la séreuse. Il conviendra de faire porter aux opérés un appareil contentif pour éviter l'issue des viscères.

Contribution a l'étude clinique du cancer de l'œsophage et du rétrécissement qu'il détermine, par O. d'Emmerez de Charmoy. — Th. Paris, 1885.

L'idée de ce travail a été inspirée par l'observation d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage ayant amené la perforation du conduit et la communication avec l'aorte. L'auteur la donne avec détails à la fin de son mémoire, ainsi que le résumé de huit cas analogues, relevés dans la littérature médicale. Il insiste principalement snr ce que le rétrécissement cancéreux de la partie correspondant à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de l'œsophage, étant d'un diagnostic difficile, est souvent méconnu. En raison de symptômes fonctionnels communs, tels que dysphagie, dyspnée, l'anévrysme de la portion descendante de l'aorte thoracique peut faire croire à l'existence du cancer œsophagien et réciproquement. Il en est de même de l'œsophagisme, qui peut revêtir les allures du vrai rétrécissement de l'organe; mais, dans ce cas, le cathétérisme explorateur assure le diagnostic. Il ne faut pas enfin ouhlier la possihilité d'une hémorrhagie ahondante, en raison du voisinage du cancer œsophagien.

Ch. Amat.

NOUVELLES

Facultés de médecine. — Sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1886, par application de l'article 39 du décret du 28 décembre 1885, et nommés professeurs honoraires :

MM. Sappey et Hardy, professeurs à la Faculté de médecine de Paris;

MM. Joire, Garreau et Pilat, professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille;

MM. Benoît et Dupré, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier;

MM. Hergott et Parisot (Victor), professeurs à la Faculté de médecine de Nancy;

MM. Roussel, Béchet et Demange, professeurs-adjoints à la Faculté de médecine de Nancy.

— Sont admis, sur leur demande, à faire valoir leurs droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1886, et nommés professeurs honoraires :

M. Gavarret, professeur à la Faculté de médecine de Paris;

M. Chatin, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

***

— Par décrets en date du 6 août 1886 :

M. Demons, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur de clinique externe à ladite Faculté.

M. Baudry, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

M. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Fochier est nommé professeur de clinique obstétricale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Chalot, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier.

***

Ecole de médecine de Dijon. — M. le professeur Gautrelet est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Gérente est autorisé à faire, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, un cours libre sur les maladies mentales et nerveuses.

***

Ecole de pharmacie. — Par arrêté en date du 11 août 1886, un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira, le 15 février 1887, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

***

Préfecture de police. — Les nominations suivantes viennent d'avoir lieu dans le personnel médical de la préfecture de police, par suite de la mort de notre confrère Legrand du Saulle :

M. le docteur Garnier, premier médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale du dépôt, est nommé médecin en chef; M. le docteur Legras, deuxième médecin-adjoint, passe premier médecin-adjoint, et M. le docteur Rueff est nommé deuxième médecin-adjoint. De plus, M. le docteur Briand, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés passe inspecteur titulaire en remplacement de M. le docteur Garnier, et M. le docteur Vallon est nommé inspecteur-adjoint des mêmes établissements d'aliénés.

***

Hôpitaux de Paris. — M. le docteur Moizard, médecin du Bureau central, est nommé médecin titulaire de l'hospice de Bicêtre.

M. le docteur Peyrot, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien titulaire de l'hospice de Bicêtre.

M. le docteur Bouilly, chirurgien du Bureau central, est nommé

chirurgien adjoint de la Maternité, chargé du service d'accouchements à l'hôpital Cochin.

— Le jury du concours des prix de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui doit s'ouvrir le mercredi 3 novembre 1886, est composé de MM. les docteurs Balzer, Legroux, Merklen, Brun, Lannelongue, Terrier, Tarnier.

— M. Landouzy, agrégé, suppléant pendant les vacances M. le professeur Hardy, à la Charité, commencera, le mardi 24 août, à dix heures, des leçons cliniques, qu'il continuera les samedis et mardis suivants. Visite tous les jours à neuf heures.

— M. le docteur Bouilly, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Trélat à l'hôpital de la Charité, a commencé ses leçons de clinique chirurgicale dans l'amphithéâtre de chirurgie vendredi 20 courant, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

***

— M. le docteur Billon est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du VIII° arrondissement de Paris.

***

— L'Université d'Heidelberg vient de conférer, à l'occasion du jubilé de son cinquième centenaire, le diplôme honoraire de docteur en médecine à notre illustre concitoyen M. Chevreul.

***

Corps de santé militaire.—Par décret, en date du 9 août 1886, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

6° corps d'armée. — Au grade de médecin-major de première classe : MM. Evrard et Lafite.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Parmentier et Lelorrain.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. Godfrin, Tacheron, Flamain, Théveny, Van Gelder, Vilfroy, Muller, Pierre, Cadet et Bursaux.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : MM. Viron et Somnié-Moret.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. Schœdelin et Godfrin.

***

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 31 juillet 1886, M. le médecin principal Formé a été promu au grade de médecin en chef de la marine.

— Par décret, en date du 12 août 1886, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Vivien, Le Blanc et Durand.

—M. le médecin de première classe de la marine Olméta a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur sa demande.

***

Légion d'honneur.— Par décret en date du 8 août 1886, M. le docteur Hanne, maire de la Pointe-à-Pitre, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

***

— La cinquante-neuvième réunion des naturalistes et des médecins allemands se tiendra à Berlin, du 18 au 24 septembre prochain, sous la présidence du professeur. Virchow, auquel devront être adressées toutes les communications et demandes de renseignements.

Le comité de direction a organisé une exposition d'instruments et d'appareils scientifiques, qui se tiendra dans les bâtiments académiques de l'Université de Berlin.

***

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. — Nous rappelons à nos lecteurs que le premier Congrès international d'hydrothérapie et de climatologie doit se tenir à Biarritz, du 1er au 8 octobre prochain, sous la présidence de M. le docteur Durand-Fardel.

Les médecins, les hommes de science et les excursionnistes que le Congrès et l'attrayante visite pyrénéenne peuvent intéresser, sont invités à se faire inscrire soit chez M. Laugier, trésorier-adjoint du Congrès, au secrétariat général, hôtel des Ambassadeurs, rue Gambetta, à Biarritz (Basses-Pyrénées), soit chez M. le trésorier du comité local de leur département, en envoyant la souscription réglementaire de 12 francs en bon sur la poste. — Pour avoir en temps opportun les cartes de circulation sur les chemins de fer à 50 0/0 de rabais, il est indispensable de se faire inscrire avant le 1er septembre. Le secrétariat général ne répond de rien passé cette date.

Les dames (comme pour l'Association française pour l'avancement des sciences) sont admises à devenir membres du Congrès moyennant la souscription commune de 12 francs.

On enverra le reçu en temps opportun, en même temps que la carte d'adhérent, ainsi que toutes les pièces qui donnent les renseignements sur le Congrès, et le droit de voyager à demi-place.

Chaque membre adhérent, c'est-à-dire ayant payé ses 12 francs, aura le droit de venir à Biarritz en profitant d'un rabais de 50 0/0 pour le voyage en chemin de fer, d'assister aux séances du Congrès, de jouir de toutes les faveurs accordées aux congressistes, et, finalement, de recevoir le volume du Congrès.

Pour ce qui concerne les excursions, dont la première série durera du 9 au 18 octobre, et la deuxième, du 19 au 30 octobre, les arrangements pris avec le chemin de fer du Midi, les maîtres d'hôtels et les voituriers des Pyrénées permettent d'assurer qu'elles se feront dans des conditions d'économie toutes particulières.

Nous rappelons aux hydrologistes qui veulent prendre part à l'exposition des plans et des livres relatifs à l'hydrologie, ainsi qu'aux météorologistes et aux fabricants qui veulent prendre part à l'exposition des plans et des appareils relatifs à la météorologie, qu'ils peuvent réclamer le programme de l'exposition à M. le docteur Delvaille, commissaire général de l'Exposition (Bayonne). — Cette exposition est gratuite pour l'emplacement.

Pour les renseignements, s'adresser au secrétaire général du Congrès, docteur F. Garrigou, à Luchon (Haute-Garonne), et au bureau du secrétariat général du Congrès, à Biarritz (Basses-Pyrénées).

Pour ce qui est des mémoires à présenter au Congrès, il est indispensable d'envoyer le titre et les conclusions au secrétaire général, docteur F. Garrigou, à Luchon, avant le 1er septembre, afin qu'il puisse être procédé par le comité d'organisation au classement pour l'ordre de lecture.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 8 au samedi 14 août 1886

Fièvre typhoïde 44.—Variole 0.— Rougeole 18.—Scarlatine 11. — Coqueluche 8. — Dipthérie, croup 15 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 4 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 34. — Phthisie pulmonaire 106.— Autres tuberculoses 32 —Autres affections générales 69. — Malformation et débilité des âges extrêmes 37. — Bronchite aiguë 22 — Pneumonie 52. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 103. — au sein et mixte 38 — Inconnu 16 — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 83. — de l'appareil circulatoire 44. — de l'appareil respira-

toire 49. — de l'appareil digestif 43 — de l'appareil génito-urinaire 16. — de la peau et du tissu lamineux 0. — des os, articulations et muscles 5 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 35.— Causes non classées 20. — Total de la semaine : 970 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, par le docteur E.-J. Moure, professeur libre des maladies du larynx, des oreilles et du nez, directeur de la *Revue mensuelle de laryngologie, otologie et rhinologie*, etc. Un vol. in-8 cartonné diamant de 305 pages, avec 52 figures dans le texte et 4 planches en lithographie, hors texte. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Les gauchers comparés aux droitiers aux points de vue anthropologique et médico-légal, par le docteur Louis Jobert. Un volume in-8 de 70 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Lettres à M. le docteur F. DE RANSE, *directeur de la* GAZETTE MÉDICALE, *sur la théorie du microzyma et le système microbien.*

TROISIÈME LETTRE.

SOMMAIRE. — Une citation. — La matière vivante, la matière qui a vécu et les ferments. — Une doctrine nouvelle et ses dogmes. — Singulières conséquences. — Un examen continué à ce sujet. — Etre avec Robert Boyle ou avec Bichat. — Ce qu'il n'est plus permis de dire après Lavoisier et après Bichat. — Caractères d'une théorie adéquate aux faits. — Précision dans les faits et dans les mots. — Une expérience fameuse sur le sang; ce qu'elle devait prouver et ce qu'elle démontre. — Une explication provoquée et la réponse fournie par l'imagination d'un savant.

Lille, le 2 août 1886.

Monsieur,

Il y a environ deux ans, la REVUE DES DEUX-MONDES disait de M. Pasteur ce que voici :

« Le premier, il a bien compris le rôle des êtres vivants infiniment petits dans la nature et l'immense activité de ces êtres... Si la matière organique de tous les cadavres tombés sur la surface du globe se désagrège et se répand dans l'atmosphère à l'état de gaz et de vapeurs, pour aller nourrir de nouvelles générations; s'il s'opère ainsi un mouvement, une circulation de la matière..., les agents de ces grands phénomènes sont les ferments organisés. Passant de l'action des ferments sur la matière qui a vécu à leur action sur la matière encore vivante, M. Pasteur le premier a justifié ces paroles prophétiques de Robert Boyle : « Celui qui voudra sonder jusqu'au fond la nature des ferments et des fermentations sera sans doute plus capable qu'un autre de donner une juste explication des divers phénomènes morbides, aussi bien des fièvres que des autres affections. Ces phénomènes ne seront peut-être jamais bien compris sans une connaissance approfondie de la théorie des fermentations. » (1).

(1) REVUE DES DEUX-MONDES, 54e année, 3e période, t. LXVI, p. 871 (1884). Article de M. Denys Cochin.

Cette citation, je la place très volontiers en tête de cette lettre, d'abord parce qu'elle énonce admirablement et très explicitement la doctrine physiologique et médicale de M. Pasteur; ensuite parce qu'elle me permettra de renouer les fils de l'histoire et de montrer que je ne suis pas seul à penser ce qu'elle affirme des idées de mon contradicteur.

L'ensemble des dogmes de la doctrine qui se dégage de la citation, le voici :

Il existe *une matière vivante :* c'est celle qui compose les êtres vivants.

Il existe *une matière qui a vécu :* c'est « la matière organique de tous les cadavres tombés sur la surface du globe. »

La matière vivante existe dans deux catégories irréductibles d'êtres vivants : *les ferments organisés* et *les autres.*

Les ferments organisés sont *des êtres à part* dont la fonction particulière est :

1o De rendre malade *la matière vivante* des autres êtres vivants, pour la réduire à l'état de *matière qui a vécu.*

2o De réduire la matière qui a vécu, à l'état de gaz et de vapeurs.

Je vous le demande, monsieur et éminent collègue, peut-on comprendre autrement le sens doctrinal de la citation ?

Mais, dire qu'il existe une matière vivante, n'est-ce pas affirmer qu'il existe une matière organique par essence? celle dont l'essence est d'être vivante, de vivre en un mot ?

Et si l'on ne peut pas comprendre autrement, n'est-il pas vrai qu'une telle matière ne devrait pas cesser de vivre ?

Mais tout être formé d'une telle matière, ferment organisé ou autre, devrait être physiologiquement immortel ! Comme l'or, ou tel autre corps simple, est physiquement et chimiquement inanéantissable ?

C'est en vain, pour éluder cette conséquence, que l'on imagine une catégorie d'êtres que l'on dit organisés, les ferments, dont la destination serait d'agir « sur la matière encore vivante » pour la faire passer à l'état « de matière qui a vécu », et celle-ci, finalement « à l'état de gaz et de vapeurs »; oui, c'est en vain, car le ferment lui-même, n'étant autre chose que cette même matière vivante, c'est *la matière vivante* qui réduit *la matière vivante* à l'état de *matière qui a vécu.*

Il faut bien un peu raisonner : c'est évident, s'il y a un être vivant, le ferment, qui tue l'homme et les autres êtres vivants, comme les ferments eux-mêmes sont mortels, il faut le ferment qui tue le ferment. Et c'est toujours la matière vivante qui tue la matière vivante pour s'anéantir ensuite, car les gaz et les vapeurs sont l'anéantissement non seulement de la matière qui a vécu, mais de la metière organique elle-même, au sens chimique.

Je ne sais pas si l'on a réfléchi à ces singulières conséquences logiques. Il n'y a pas à dire, pourtant, la doctrine microbienne est à la mode, et tellement triomphante, que les

publications les plus en vogue sont la conséquence de la foi que leurs auteurs professent pour ses dogmes. Cette foi est d'ailleurs si complète, si pleine d'abnégation, on est tellement fasciné, subjugué, que l'on n'aperçoit pas le cercle vicieux dans lequel on tourne. Encore une fois, dire que le ferment, être vivant, matière vivante, tue les autres êtres pour les anéantir, c'est dire que la matière vivante tue la matière vivante et l'anéantit, ce qui est aussi énorme que de dire : l'or anéantit l'or.

Malgré tout, cependant, la question est de savoir si la doctrine n'a pas sa source dans quelque erreur d'expérience ou d'interprétation des faits, et si ses dogmes — les doctrines seules ont des dogmes — sont choses auxquelles on doive souscrire sans mûr examen.

Cet examen, je le veux continuer aujourd'hui. Seulement, avant de passer outre, je note que la citation, très justement, estime que la doctrine de M. Pasteur est la justification des « paroles prophétiques » de Robert Boyle. Je ne sais pas ce que vaut le prophète comme prophète, mais, c'est incontestable, les doctrines microbiennes se rattachent franchement et vraiment à la science d'antrefois, à celle du célèbre théologien, physicien et chimiste anglais du XVII° siècle, à celle de P. Kircher, son contemporain, et à celle de tous les chimiatres anciens et modernes, bien plus qu'à la science qui procède de Descartes, de Newton, de Lavoisier, de Bichat, de Cagniard de Latour, de Turpin, de Dumas, pour ne parler que de ceux qui ont passé à l'immortalité. Oui, oui, M. Pasteur a raison de se réclamer de Robert Boyle.

Je le répète, après mûre réflexion, depuis Lavoisier il n'est plus permis, il n'est plus possible de parler de *matière vivante*, et l'expression : « matière qui a vécu », pour désigner la substance d'un cadavre, n'a pas de sens pour le chimiste. Oui, il faut sans cesse le répéter, car Lavoisier l'a démontré, il n'y a pas de matière organique par essence; toute matière est minérale par ses composants. M. Berthelot, confirmant les vues de Lavoisier, a mis cette vérité dans tout son jour. D'ailleurs, depuis Bichat, il ne devrait plus être permis, ni possible à un physiologiste, de parler de matière vivante tout court, puisque l'illustre créateur de l'histologie n'a reconnu comme vivant dans un organisme que des tissus élémentaires.

Non, depuis Lavoisier et après Bichat, il n'est plus permis de parler comme on le fait. Non, il n'y a pas de *matière vivante:* il n'y a que des organismes, c'est-à-dire des machines formées d'appareils, d'organes, de tissus, d'éléments anatomiques vivants, qui puissent être réputés vivants. Et il n'y a pas de *matière qui a vécu*, mais il y a des organismes, des appareils, des tissus, des éléments anatomiques, des cellules, des microzymas qui ont cessé de fonctionner normalement, qui fonctionnent autrement, ou qui, dans certaines circonstances, peuvent cesser de fonctionner.

Oui, voilà, depuis Lavoisier et depuis Bichat, voilà la théorie physiologique conforme à la méthode expérimentale et adéquate aux faits qu'il faut adopter pour la faire progresser au profit de la médecine.

Edouard Fournié le croyait comme moi, et je serais extrêmement heureux, monsieur, cher et éminent collègue, de pouvoir, en l'exposant ici, dans ces lettres, convaincre enfin les médecins que non seulement elle est profondément expérimentale, mais qu'elle est seule capable de débarrasser la physiologie de ces causes occultes dont j'ai parlé, et la médecine des systèmes qui l'encombrent.

Il faut donc démontrer que la théorie du microzyma n'est pas vraie seulement parce qu'elle est adéquate aux faits, mais qu'elle l'est aussi parce que, seule, elle fournit la solution des questions dont je m'occupe. Elle l'est surtout parce qu'elle justifie absolument la conception de Bichat et ruine par la base la doctrine contraire. Elle est même si vraie que les expériences et les faits qu'on invoque contre elle, pour soutenir les dogmes de la doctrine microbienne, en sont la confirmation. C'est ce que ma dispute avec M. Pasteur m'oblige à mettre dans tout son jour, en montrant que ces dogmes ont leur source dans une mauvaise interprétation d'expériences et de faits. Je rappelle que :

C'est un fait constant, indéniable autant qu'inévitable, constaté par tout le monde, qu'une partie soustraite à l'animal vivant en pleine santé : sang, lait, urine, foie, viande....., abandonnée à elle-même, subit quelque altération appelée fermentation ou putréfaction. M. Pasteur lui-même, malgré les précautions qu'il a prises, n'a pas pu l'empêcher. Et c'est parce qu'il n'a pas pu en découvrir la cause et n'a pas bien observé, qu'interprêtant mal les faits, il a conclu qu'il n'y avait pas de putréfaction et pas de cause à la fermentation dans ces matières naturelles; de façon que M. Cornil, adoptant ces conclusions, a pu assurer que « M. Pasteur a surabondamment démontré que nos tissus et milieux internes, comme le sang, ne renfermaient de micro-organismes, pas plus que l'urine... et, ajoute-t-il, les expériences de notre illustre collègue ont été vérifiées en tous pays » (1).

Voilà le point culminant du débat et voilà le problème posé dans toute son étendue et avec toute son importance. Ou M. Pasteur se trompe, et la théorie du microzyma triomphe; ou bien il a raison, et cette théorie succombe : telle est l'alternative ! M. Pasteur se trompe.

Il n'est pas facile d'avoir raison des résistances de M. Pasteur et de le faire revenir de ses affirmations. La question, d'ailleurs, n'est pas aussi simple qu'il l'a supposé au début de ses travaux et encore aujourd'hui. C'est pourquoi, au point où en est ma dispute avec M. Cornil et lui, la précision dans la constatation des faits et dans les mots mêmes est devenue une nécessité qui me fera pardonner, je l'espère, les observations et les considérations dans lesquelles je suis obligé d'entrer.

Dans la discussion, M. Pasteur a soutenu (1886), comme il l'avait fait autrefois (1863), que le sang abandonné à lui-même, dans l'air pur, ne se putréfiait pas, c'est-à-dire ne fermentait pas, en d'autres termes ne s'altérait pas; que la viande à l'abri des germes de l'air ne se putréfiait pas non plus (2).

J'insisterai très particulièrement sur ces deux expériences, car elles sont fondamentales, comme étant celles dont découle le premier dogme de la doctrine microbienne.

Considérons d'abord la première. Voici en quoi elle consiste : le sang, au sortir du vaisseau, est reçu, avec les précautions les plus minutieuses contre les germes de l'air, dans un ballon contenant de l'air pur, c'est-à-dire privé de germes; après quoi le ballon étant fermé est porté dans une étuve à une température convenable. Disons pour mémoire que l'expérience a

(1) BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, 2° série, t. XV, p. 259.

(2) A l'Académie, M. Pasteur m'a dit : « Je ne sais ce que vous voulez dire en parlant d'une expérience de moi sur la viande. » Je maintiens ce que j'ai dit et je lui rappelle que cette expérience est contemporaine de celle sur le sang.

été faite sur du sang de chien. Quel a été le résultat? Du 3 mars au 30 avril, dit M. Pasteur, « le sang n'a éprouvé aucun genre de putréfaction. Son odeur est celle du sang frais (1). »

Retenons la conclusion que M. Pasteur a tirés de cette expérience qu'il a lui-même, un jour, qualifiée de *fameuse*: « Au bout de quelques semaines, dans l'air pur et dans de bonnes conditions de température, le sang n'éprouve *aucun genre de putréfaction*; son odeur reste celle du sang frais. »

Et il faut encore retenir que cette conclusion, dont il a tiré les plus graves conséquences physiologiques et médicales, il la maintenait en 1876, dans son livre sur la bière, et encore en 1886, dans la récente discussion à l'Académie de médecine. Ainsi, depuis vingt-trois ans, M. Pasteur tient pour démontré que le sang, dans l'air pur, n'éprouve aucun genre de putréfaction, c'est-à-dire d'altération.

Si cela était vrai, il resterait incontestablement démontré que la croyance ancienne, formulée par Fourcroy et par Macquer, à la décomposition par elles-mêmes, spontanée, des matières végétales et animales, doit être définitivement reléguée au pays des chimères. Il resterait démontré aussi qu'il n'y a dans le sang, en général dans l'intérieur de l'organisme, aucune cause propre aux transformations qui s'y accomplissent, c'est-à-dire que le sang ne contiendrait pas de microzymas ou d'éléments anatomiques vivants *per se*.

M. Pasteur, en effet, était si convaincu qu'il n'existait dans le sang de son expérience rien qui pût y être regardé comme vivant, aucun microorganisme, aucun ferment organisé en un mot, qu'il a assuré que par cette expérience il « a porté le dernier coup à la doctrine des générations spontanées (2). »

Et ce n'est pas tout. Non seulement il n'existe pas d'organismes inférieurs dans le sang de son expérience, mais le sang lui-même n'en contient pas non plus les germes, soit primitivement, soit qu'ils y vinssent de l'air. En effet, se référant à son expérience, quelque temps après il disait : « J'ai prouvé récemment que le corps des animaux est fermé, dans les cas ordinaires, à l'introduction des germes des êtres inférieurs (3). »

Cependant, ce sang qui n'avait subi *aucun genre de putréfaction* était-il vraiment resté *inaltéré*, c'est-à-dire *conservé*?

Avant de répondre, fixons exactement le sens que, dans le cas présent, j'attribue à cet adjectif et à ce participe passé. *Inaltéré*, exprime qu'il n'est pas survenu de changement dans le sang; et *conservé*, qu'il a été préservé de la destruction, ce qui est la même chose et fait ici, dans l'emploi, les deux mots synonymes.

Mais ai-je ce droit? Ecoutez ce que disait Balard de cette expérience, onze ans plus tard :

« J'ai vu récemment encore, dans le laboratoire de M. Pasteur, des ballons contenant, depuis onze ans, du sang retiré directement des organes d'un animal vivant. Ce sang, depuis cette époque, *se conserve* dans des vases effilés ouverts et dans lesquels l'air peut se renouveler, sans qu'il se manifeste de fermentation putride ou qu'on y observe des bactéries (4). »

Evidemment, le sang, que l'on présentait à M. Balard comme ne manifestant aucun phénomène de putridité, ne contenant pas de bactéries et qu'il considérait comme du sang conservé, pouvait être dit inaltéré.

Allons plus loin et montrons que le mot *altération*, qui signifie *changement survenu* dans l'état des matières animales ou organiques, peut aussi signifier décomposition et putréfaction. Rappelons que Fourcroy appelait putréfaction l'espèce de décomposition spontanée qu'éprouvent les matières animales. Mais quand M. Pasteur lui-même a dit : « Lorsqu'on voit la bière et le vin éprouver de *profondes altérations* parce que ces liquides ont donné asile à des organismes microscopiques..... » ne faisait-il pas ce substantif synonyme de fermentation? C'est qu'en effet les altérations produites par les ferments sont appelées fermentations.

Dans le langage le plus correct, le sang qui n'a subi *aucun genre de putréfaction* est donc du sang *inaltéré* ou *conservé;* comme les petits pois, les champignons, les viandes des *conserves*, sont des aliments conservés avec leurs caractères extérieurs. C'est certainement ce que Balard avait compris et, il me semble, c'est ce que M. Cornil, avec tout le monde, croit également.

Eh bien! M. Pasteur s'est fait illusion; il s'est trompé lui-même et, sans le savoir, il a induit tout le monde en erreur; et, tout le monde le croyant sur parole, sans critique, par abus inconscient de langage, a affirmé que le sang s'était conservé et que M. Pasteur avait surabondamment démontré que le sang, nos tissus et nos milieux internes ne contenaient pas de microorganismes ou leurs germes, c'est-à-dire rien qui puisse y devenir vibrionien.

Le curieux de l'affaire est que M. Pasteur lui-même a décrit, presque exactement, le genre d'altération qui survient peu à peu. D'abord, le sang se caille, ensuite toute la masse, sérum et caillot, change de couleur, se colore en brun, et des cristaux du sang (hématocristalline) la remplissent. En même temps, les globules du sang disparaissent, si bien qu' « après quelques semaines, selon M. Pasteur, il n'en reste plus un seul, ni dans le sérum, ni dans le caillot ». L'odeur du sang frais fait quelquefois place à une odeur de lessive; il y a absorption de 2 à 3 pour cent d'oxygène, lequel est remplacé par un volume sensiblement égal d'acide carbonique (1).

C'est évident, du sang qui se caille, dont les globules disparaissent, qui change de couleur, où des cristaux se forment, qui dégage de l'acide carbonique par une oxydation partielle, n'est pas du sang inaltéré ou conservé, resté indécomposé. Donc, loin de contredire l'altération spontanée des matières animales naturelles, celles dont parlait Fourcroy, l'expérience de M. Pasteur sur le sang en est l'éclatante confirmation.

Mais, ce n'est pas tout; M. Pasteur n'avait pas signalé ou n'avait pas vu, ni en 1863, ni en 1876, qu'à mesure que les hématies disparaissaient, des granulations moléculaires, invisibles auparavant, apparaissaient plus ou moins abondantes. Dans la récente discussion à l'Académie (2), il en a enfin reconnu l'existence.

Que sont ces granulations? d'où viennent-elles? Je dis que ce sont les microsymas, devenus visibles, qui existaient dans les hématies et dans le plasma, qui sont la cause immédiate des transformations, décompositions et réactions obser-

(1) COMPTES RENDUS, t. LVI, p. 738 (1863).
(2) Ibid., p. 738.
(3) Ibid., p. 1193.
(4) COMPTES RENDUS, t. LXXIX, p. 1272.

(1) *Comptes rendus*, t. LVI, p. 738, et L. Pasteur, *Etudes sur la bière*, p. 49.
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t XV, p. 681.

vées, et qui, dans certaines circonstances, peuvent évolner pour devenir bactéries. Qnoi qu'il en soit, elles ajoutent, par leur présence, un nouveau contingent aux preuves que, dans l'expérience de M. Pasteur, le sang s'altère, même quand on empêche les germes de l'air d'y arriver.

Certainement, le célèbre savant n'a compris ni la portée, ni la signification de son expérience; et s'il ne l'a pas comprise, s'il n'a pas vu ou a négligé les microzymas, s'il n'a pas tenu compte des autres phénomènes, observés par lui-même, s'il n'a pas même cherché à s'expliquer les transformations subies, fut-ce celles qui sont d'ordre purement chimique, c'est qu'il ne l'a considérée que dans le point de vue tout relatif de son système physiologiqne. C'est pour mettre cette vérité dans un point de vue qui nous la montre tout entière, avec toutes ses conséquences, que je venx examiner de très près et l'ensemble des phénomènes et l'explication que, plus tard, il leur a cherchée.

Je dis *qu'il leur a cherché plus tard*; en effet, j'ai vainement tenté de découvrir, dans le Mémoire de 1863 et dans le « Livre sur la bière », si M. Pasteur s'était préoccupé de la cause des transformatione et décompositions suhies par le sang; si je n'ai rien tronvé, c'est qu'il n'y avait pas même songé; poussé qn'il était par son système, il avait vouln s'assurer simplement si, dans l'air privé de germes, le sang deviendrait fétide. Or, le sang ne l'étant point devenu, il a conclu que les germes étant absents (par hypothèse), il ne devait pas y avoir de ferments et, par suite, pas de fermentation ou de putréfaction. Dès lors, il a considéré les changements survenus comme phénomènes sans importance. En d'autres termes, de ce que le sang n'était pas devenu fétide comme dans la putréfaction classique, cela a suffi à M. Pasteur pour affirmer qu'il n'y avait pas de ferments et que les phénomènes observés n'étaient pas de l'ordre des fermentations. C'est seulement lorsque, dans notre discussion à l'Académie, je lui ai dit: « Comment! vous affirmez que le sang, ce liquide où des cristaux se forment et les globnles s'évanouissent, n'est pas altèré? les globules de ce sang se détruisent toujours et disparaissent; qui donc les a détruits? (1) » que M. Pasteur s'est aperçu que ces changements étonnants devaient avoir une cause et qu'il s'est écrié: « Mais ces transformations se font sous l'influence de l'oxygène de l'air! (2) » A quoi j'ai pu répondre que « ces explications, il les donnait après coup ».

Nous verrons ce qne vaut l'explication; en attendant, puisque l'illustre savant a dit du microzyma qn'il était imaginaire et un être de fantaise, il me sera bien permis de dire, à mon tour, sans y mettre la même intention, que l'explication est le produit de son imagination.

Dans la prochaine lettre, je rapprocherai l'expérience sur le sang de celle du même savant sur la viande; du rapprochement il résultera que, dans les deux cas, les altérations sont de l'ordre des fermentations.

Agréez, etc. A. Béchamp.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. XV, p. 680.
(2) *Ibid.*, p. 681

OCULISTIQUE

Observations de cataractes congénitales et traumatiques traitées par l'aspirateur du docteur Redard, par le docteur Motais (d'Angers), chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine d'Angers.

Le docteur Redard a présenté au Congrès de la Société française d'ophthalmologie (1885) un instrument destiné au traitement des cataractes molles par l'*aspiration buccale* ou la *succion*. Ayant eu l'occasion de pratiquer trois opérations de cataracte à l'aide de l'aspirateur Redard, je crois utile d'en publier les observations, afin de rappeler l'attention sur un procédé opératoire peut-être trop oublié de nos jours et qui, mieux réglé par un instrument des plus sûrs et des plus faciles à manier, pourra rendre des services dans des cas déterminés.

Observation I. — Eugène P... (d'Angers), âgé de 10 ans; tempérament lymphatique très prononcé (adénite cervicale, gonflement caractéristique des lèvres et du nez, conjonctivites fréquentes, etc).

Cet enfant avait été atteint d'une double cataracte congénitale, complète sur les deux yeux.

OD. — L'œil droit a été opéré en 1882 par simple discision. D'après les renseignements des parents, le contenu liquide s'écoula en grande partie au moment de l'opération. Cependant les suites de l'opération ne furent pas heureuses; pendant un an et demi environ, des accidents inflammatoires persistèrent. Aujourd'hui je constate des synéchies postérieures très étendues et une cataracte secondaire.

OG. — Le 3 mai, j'opère l'œil gauche. Après instillation de cocaïne, je pratique une incision de 6 mill. à la partie inféro-externe de la cornée; j'ouvre largement la capsule avec le kystitôme. Le contenu de la cristalloïde, entièrement liquide, envahit la chambre antérieure et s'écoule en partie par la plaie. J'introduis la canule de l'aspirateur et j'exerce une aspiration très faible. Dans une vingtaine de secondcs, le liquide tout entier était aspiré et la pupille d'un beau noir.

Pansement avec l'ouate salycilée après lavage, au permanganate de potasse (1 pour 1000). Aucune réaction inflammatoire. Le résultat opératoire s'est maintenu aussi satisfaisant que possible. La pupille est régulière et contractile. L'œil étant congénitalement myope, un verre + 3 d. donne une acuité visuelle de 5/10. L'enfant peut apprendre à lire et travailler, autant que le lui permet la faiblesse de sa constitution, sans fatigue oculaire.

On sait que la discision simple avec écoulement du liquide par la plaie cornéenne donne généralement de bons résultats dans les cataractes liquides. Je ne voudrais donc pas faire porter sur le procédé opératoire toute la responsabilité de l'insuccès de l'œil droit, insuccès dû sans doute en partie au défaut de précautions antiseptiques. Cependant le contraste dans le résultat immédiat et définitif des deux opérations, pratiquées sur les deux yeux d'un même sujet, est trop frappant pour ne pas attirer l'attention

Obs. II. — M. B..., habitant près Cholet (Maine-et-Loire), âgé de 57 ans, est tombé sur un poinçon très aigu dans le courant du mois de décembre 1884. Il vient me consulter le 13 juin 1885.

Je constate à l'œil droit un point cicatriciel un peu en dehors du centre de la cornée. Le cristallin est opaque et volumineux; il repousse en avant l'iris, diminuant la profondeur de la chambre antérieure. La tension du globe est exagérée Tn = 1. Injection périkératique plus prononcée en dehors. Sensibilité à la pression dans la région ciliaire. Un peu de photophobie et de larmoiement. Les phosphènes sont d'ailleurs conservés et le malade perçoit la lumière d'une lampe.

En somme, cataracte traumatique ne présentant, après six mois, aucune tendance à la résorption, entretenant, au contraire, une

subinflammation de l'iris et du corps ciliaire avec état glaucomateux.

Il était urgent de débarrasser le malade de son cristallin.

Je ne m'arrêtai pas à l'idée d'une simple discision ou d'un broiement. L'âge du malade, l'état stationnaire de la cataracte jusqu'à ce moment, ne laissaient guère de chances à une résorption pendant laquelle, du reste, les symptômes d'irritation s'accentueraient.

D'un autre côté, l'extraction n'était pas sans danger, au milieu de l'état inflammatoire de l'œil.

Mon premier essai d'aspiration m'engagea à tenter une seconde fois ce procédé, me réservant de recourir à l'extraction, séance tenante, si les masses corticales n'étaient pas assez ramollies pour être entraînées par l'aspirateur.

J'opérais le 17 juin. Incision de la cornée, à la partie inféro-externe, de 6 millimètres. Large discision avec le kystitôme. Le cristallin, demi-liquide, envahit la chambre antérieure. Les deux tiers sont aspirés avec la plus grande facilité. Le dernier tiers, plus consistant, s'engage peu à peu. L'opération dure une minute à une minute et demie. La pupille n'est pas entièrement noire; la cristalloïde postérieure est tapissée d'une mince couche blanchâtre. Cependant le malade compte les doigts à 50 centimètres.

Occlusion des yeux pendant deux jours. Au premier pansement, je constate que l'injection périkératique antérieure à l'opération n'a pas augmenté. Pas de douleurs périorbitaires. La plaie cornéenne est réunie. Le huitième jour, le malade sort avec des verres fumés. Je le revois un mois après l'opération. *L'injection périkératique a disparu, ainsi que la photophobie et le larmoiement. La tension du globe est redevenue normale.* La pupille est encore un peu voilée; cependant avec + 11 d. V = 2/10 (échelle de Monnoyer). Ce résultat peut être considéré comme très satisfaisant, en tenant compte des conditions défavorables dans lesquelles l'opération a été faite.

OBS. III. — M. R. ., du Mans, 62 ans, blessure de l'œil gauche par une épine, dans une partie de chasse, le 3 janvier 1884.

Cette observation présente une grande analogie avec la précédente. L'épine avait pénétré dans la cornée, à 3 millimètres du bord interne, traversé l'iris et lésé le cristallin. Pas de synéchies antérieures, mais synéchies postérieures dans toute la moitié interne de l'iris. Poussées d'iritis assez fréquentes. Cataracte complète, volumineuse.

La première partie de l'opération se passa comme dans l'observation précédente; la moitié du cristallin fut aspirée sans difficulté, mais le reste des masses cristalliniennes était visqueux, adhérent à la cristalloïde. Je retirai la cannule et je malaxai ces débris avec l'humeur aqueuse. Je n'obtins à peu près rien par cette manœuvre. Je me décidai alors à essayer une injection dans la chambre antérieure, à l'aide d'une seringue d'Ancl. J'employai l'acide borique, l'antiseptique le plus répandu à cette époque. Cette irrigation, perfectionnée et employée depuis systématiquement par M. le professeur Panas, dans toutes les opérations de cataracte, me donna un très bon résultat. Deux injections, suivies de deux aspirations, entraînèrent à peu près toutes les masses cristalliniennes.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Aujourd'hui, toute irritation oculaire a disparu. La pupille ne présente qu'une légère obnubilation. Avec + 12 d, malgré la déformation cicatricielle de la cornée et l'astigmatisme irrégulier (dûs à l'accident et non à l'opération) V = 2/10.

REMARQUES. — L'aspiration de la cataracte, connue depuis les temps les plus reculés, pratiquée assez fréquemment en Angleterre (Bowmann, Cooper, Pridgin Teale, etc.), est à peu près abandonnée dans tous les autres pays. Les traités des maladies des yeux de Meyer, d'Abadie, de De Wecker, etc., ne mentionnent même pas ce procédé. Galezowski ne lui consacre que quelques lignes, et ses conclusions sont à peu près négatives.

On ne peut guère citer, parmi les travaux modernes sur ce sujet, qu'une thèse du docteur Ansset (1882), *Sur la méthode d'aspiration dans la cataracte*, s'appuyant sur quatre observations recueillies dans le service de M. le docteur Fieuzal, à la clinique des Quinze-Vingts; un mémoire important de M. le docteur Coppez, de Bruxelles, présenté à la Société française d'ophthalmologie (1885); une note de M. le docteur Redard, présentée à la même session, avec son nouvel aspirateur.

Cependant, si je m'en rapporte aux travaux que je viens de citer et à mes propres observations, cette méthode, très délaissée, est appelée à rendre de grands services dans un certain nombre de cataractes congénitales et traumatiques et dans quelques cataractes spontanées chez les adultes (cataractes diabétiques).

Dans les *cataractes congénitales*, les masses cristalliniennes peuvent être entièrement liquides. Elles s'écoulent facilement le long du couteau. Cependant, même dans ce cas très simple, j'ai constaté que leur expulsion était beaucoup plus rapide et surtout plus complète par l'aspiration. Dans quelques secondes, la pupille est nettoyée, sans laisser le moindre résidu à la partie inférieure de la cristalloïde.

D'autres cataractes congénitales, sans être entièrement liquides, sont assez ramollies pour être aspirées sans difficulté.

Dans une dernière variété, le cristallin est trop dense pour s'engager dans le tube de l'aspirateur.

Les cataractes congénitales sont généralement opérées de bonne heure. Le jeune âge du sujet assure à peu près la résorption; c'est ce qui fait adopter la discision comme méthode générale de traitement des cataractes congénitales. Je n'hésite pas, pour ma part, à préférer l'aspiration, ou plutôt la discision combinée avec l'aspiration.

Chacun sait combien la résorption, même chez les enfants en bas âge, peut être longue. Elle dure de cinq à six semaines au minimum jusqu'à six mois. Non seulement ce long délai est un inconvénient par lui-même, mais, pendant tout ce temps, il n'est pas rare de voir survenir des accidents d'iritis ou d'irido-cyclite qui compromettent le résultat définitif par la production de cataractes secondaires.

L'aspiration a l'avantage très important, à mon sens, de supprimer toute la période de résorption.

Son application est extrêmement simple lorsque la cataracte est liquide ou entièrement molle.

Lorsque les masses cristalliniennes sont trop consistantes, doit-on renoncer à l'aspiration?

En 1846, le docteur Guépin (de Nantes) présentait à l'Académie des sciences un mémoire sur son procédé de *broiement-extraction* dans la cataracte congénitale: « avec une aiguille, je déchire le cristallin dans son centre et je broie le cristallin sur place; puis j'abandonne l'œil à lui-même pendant quelques jours. Je pratique ensuite une incision à la cornée et je m'efforce de faire couler la cataracte ramollie sur mon couteau. »

Les auteurs anglais qui ont pratiqué l'aspiration ont eu souvent recours à la discision ou au broiement préalable conseillé par Guépin. Le docteur Coppez adopte le même procédé.

Même, dans ce dernier cas, où l'opération doit se faire en deux temps, tout est terminé dans quinze jours à trois semaines, souvent moins. Le résultat définitif est donc encore plus rapide que dans la discision simple.

Cataractes traumatiques. — « C'est le triomphe de la méthode, même quand l'œil blessé est enflammé, que les anti-

phlogistiques ont échoné; l'aspiration du cristallin cataracté calme comme par enchantement l'inflammation (1). »

Cette affirmation de notre éminent confrère est largement justifiée par lee observations jointes à son mémoire.

Ce qui m'a particulièrement frappé moi-même daus lee deux observations de cataractes traumatiques rapportées plus haut, c'est l'innocuité des suites opératoires, malgré lee symptômes d'irido-cyclite au milieu desquels j'étais intervenu, et la disparition rapide de cette irido-cyclite elle-même.

Lorsque le tranmatisme a lien avant l'âge de vingt à vingt-cinq ans et surtout chez un enfant, on abandonne généralement le cristallin à la résorption. L'aspiration me paraît cependant indiquée dans ce cas, plus encore que dans la cataracte congénitale, le travail de la résorption donnant plus souvent lieu à des phénomènes inflammatoires.

Mais au delà de vingt-cinq ans, on ne doit plus compter sur la résorption.

Dans la plupart des cas de ce genre, je suis entièrement de l'avis de M. Coppez; je crois que l'aspiration e'impose et doit être préférée à l'extraction.

Il est vrai que, depuis l'usage des antiseptiques, l'extraction dane les cataractes traumatiques a perdu de sa gravité. Cependant une plaie cornéenne, comprenant le tiers de la cornée, pratiquée sur un œil malade, reste toujours un danger. La plupart des auteurs conseillent même d'attendre la disparition de l'inflammation pour opérer. Inutile de dire qu'un temps précieux est ainsi perdu pendant lequel des désordres irrémédiables peuvent s'être établis.

Je suis convaincu que l'aspiration permettrait d'intervenir beaucoup plus tôt, aussitôt que le cristallin est suffisamment ramolli, c'est-à-dire de huit jours à trois semaines après l'accident, suivant l'âge du sujet, la largeur de la déchirure du cristallin, etc.

Je rappellerai à ce propos l'injection intra-oculaire dont j'ai fait usage dans l'observation III. Cette petite modification — qui devient d'ailleurs d'une application facile avec les instruments de MM. Panas et de Wecker — permettra de diluer et d'entraîner par l'aspiration des masses corticales encore incomplètement ramollies et, par conséquent, non seulement d'opérer plus tôt, mais dans un plus grand nombre de cas.

Il serait facile d'expliquer l'innocuité remarquable de l'aspiration par la linéarité et le peu d'étendue de la plaie cornéenne qui rendent la coaptation parfaite, par l'absence d'autre traumatisme opératoire lorsque la canule est introduite doucement et que l'aspiration est pratiquée *avec lenteur*, suivant le conseil de M Redard; enfin par l'enlèvement d'un cristallin gonflé dont la présence dans l'œil produit les phénomènes glaucomateux.

Mais les faits sont encore plus probants. Mes deux observations me paraissent bien démonstratives en raison des circonstances dans lesquelles elles ont été pratiquées. Les observations de M. Redard, de M. Coppez, de M. Fieuzal et des auteurs anglais s'accordent sur ce point.

Comme résumé de cette étude incomplète, qui n'a d'autre but que d'attirer l'attention sur un procédé trop négligé, du moins en France, je poserai les conclusions suivantes:

L'aspiration est indiquée:

1° Dans la plupart des formes de cataractes congénitales avec ou sans discision préalable, les résultats sont plus rapides, plus complets que ceux de la discision simple; ses dangers sont moindres que ceux de l'extraction;

2° Dans les cataractes traumatiques où elle a le double avantage d'exposer à de moindres risques opératoires que l'extraction et de permettre d'intervenir plus tôt;

3° Dans certaines cataractes spontanées molles.

Je n'insisterai pas sur le mode opératoire, très bien exposé dans la note de M. Redard.

J'ajouterai seulement, au point de vue pratique, qu'un obstacle des plus sérieux à l'adoption d'une méthode consiste dans l'hésitation que beaucoup de chirurgiens, même des plus habiles, apportent à renoncer à des procédés consacrés, à des instruments *qu'on a bien en mains* pour recourir à une nouvelle technique opératoire plus ou moins aisée.

Je puis affirmer, par l'expérience que j'en ai faite, que l'aspirateur Redard ne doit pas inspirer cette crainte. L'introduction de la canule ne présente pas de difficultés.

L'aspiration est graduée par la succion avec une précision qui ne laisse rien à désirer. L'opérateur sent trée bien lorsqu'il faut la modérer ou la cesser, déplacer un peu la canule, etc. L'opération se fait généralement d'une manière simple et régulière; les petites complications qui peuvent survenir (Coppez) et que je n'ai pas rencontrées, sont des plus faciles à écarter. Enfin une soupape est disposée de façon à empêcher l'entrée de l'air dans la chambre antérieure et à mettre à l'abri, par conséquent, de l'introduction des germes atmosphériques. Cet instrument simplifie singulièrement le manuel opératoire de l'aspiration.

L'article qui précède était rédigé lorsque j'ai eu l'occasion de faire une nouvelle opération de cataracte traumatique par aspiration.

M. D..., serrurier à Angers, âgé de 33 ans, reçoit, le 12 février 1886, un choc violent dans l'œil gauche par la détente brusque du ressort d'une machine à boucher les bouteilles.

Pendant quinze jours, inflammation assez intense, douleurs oculaires et péri-orbitaires.

Le malade vient me consulter le 28 février. L'état inflammatoire est très atténué. Il ne reste plus qu'une légère injection péri-kératique.

La pupille est dilatée sous l'influence d'un traitement par l'atropine.

Le cristallin, opaque, est luxé et abaissé de 2 millimètres environ, laissant en haut un espace à travers lequel on pouvait éclairer le fond de l'œil.

Le 15 mars, toute trace d'inflammation avait disparu. Pour hâter la résorption qui me paraissait avoir commencé, je pratique le broiement avec deux aiguilles à discision.

Cette petite opération n'est suivie d'aucun accident; mais la résorption ne marche pas.

Le 20 juillet, le cristallin présentait le même volume. Le malade réclamait une opération radicale.

L'extraction présentait ici des difficultés particulières. La zonule de Zin était rompue, l'humeur vitrée pouvait être ramollie, au moins dans les couches antérieures. Le cristallin flottant se déroberait vraisemblablement sous les pressions ordinaires, et l'issue du corps vitré était probable.

L'extraction avec la curette, qui n'est jamais qu'un pis-aller, s'imposait donc dans ce cas, si l'on adoptait ce mode opératoire.

Je préférai tenter d'abord l'aspiration.

L'opération pratiquée (22 juillet), comme dans les observations précédentes, fut des plus simples.

Les trois quarts du cristallin s'engagèrent facilement dans la canule. En bas, quelques masses cristalliniennes mélangées à des

(1) Docteur Coppez, *loco citato*

filaments celluleux, débris de la cristalloïde, résistèrent à l'aspiration.

Je jugeai prudent de les abandonner, sans multiplier les tentatives d'extraction.

L'opération ne fut suivie d'aucune inflammation. Le malade sortait le sixième jour, avec des lunettes à verres bleus.

Aujourd'hui, 25 août, les débris du cristallin sont à peu près résorbés. Les 9/10 de la pupille sont entièrement noirs. V = 2/10.

Ce résultat confirme pleinement celui des trois premières observations.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

I. SUR L'ACTION DES PURGATIFS SALINS, par le docteur G.-L. LEUBUSCHER (*Virchow's Archiv*, t. CIV, fasc. 3, p. 434, 1886). — II. L'ACTION ANTI-RHUMATISMALE DE L'ANTIPYRINE, par le docteur EICH (*Dissertation inaugurale*. Bâle, 1886). — III. L'ANTIPYRINE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE, par le docteur LENHARTZ (*Charité-Annalen*, t. X, p. 248, 1886). — IV. L'ANTIPYRINE COMME MOYEN D'ACCÉLÉRER LA FORMATION DES GRANULATIONS DANS LES CAS D'ULCÈRES ATONIQUES DES JAMBES, par le docteur BOSSE (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 33, p. 550). — VI. TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRIE PAR L'IODURE DE POTASSIUM, par le docteur STEPP (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1886, n° 9, p. 146). — TRAVAUX A CONSULTER.

I. M. G. LEUBUSCHER a institué des recherches expérimentales sur des lapins et des chiens, dans le but d'élucider un certain nombre de points relatifs à l'action pharmacodynamique des purgatifs salins. Lorsqu'il y avait lieu de mettre les intestins à nu, les animaux en expérience, préalablement endormis à l'aide d'inhalations d'éther, étaient placés dans un bain salin (Cl Na) maintenus à la température de 38° 39°. Dans ces conditions, l'expérience pouvait être poursuivie pendant deux heures. Tantôt le purgatif (sulfate de soude ou de magnésie) était injecté directement dans l'intestin mis à nu, tantôt il était introduit dans l'estomac par les voies naturelles, à travers un long tube en caoutchouc, ou encore injecté dans une veine. L'auteur a résumé dans les conclusions suivantes les résultats de ces expériences :

1° Une exagération des mouvements péristaltiques (de l'intestin) ne joue qu'un rôle très secondaire dans l'action copragogue des purgatifs salins.

2° De quelque manière que les purgatifs salins soient introduits dans l'intestin, toujours celui-ci devient le siège d'une sécrétion exagérée de liquide, qui est la cause principale de l'action purgative.

3° Il est impossible de constater de la part des purgatifs salins une influence s'exerçant dans le sens d'une entrave apportée à la résorption.

4° Les purgatifs salins introduits dans le torrent circulatoire en quantité suffisante produisent la constipation.

II. Dans le service du professeur IMMERMANN (de Bâle), l'antipyrine a été administrée à 36 malades, affectés, les uns, de rhumatisme articulaire aigu ou chronique, les autres de rhumatisme musculaire. Les résultats obtenus ont été tels que M. EICH, dans sa thèse inaugurale, n'hésite pas à conclure que l'antipyrine ne le cède sous aucun rapport en efficacité au salicylate de soude. Avec l'un et l'autre médicament, il faut s'attendre à des échecs, qui sont toutefois très rares. Ainsi, chez l'un des 36 malades sur lesquels on a expérimenté à la clinique de Bâle, le salicylate de soude et l'antipyrine ont été administrés alternativement sans résultat durable Chez un autre, affecté de rhumatisme articulaire chronique, avec lésions irréparables dans les jointures, l'antipyrine a échoué, comme on pouvait s'y attendre *à priori*. L'antipyrine, pas plus que le salicylate de soude, ne prévient les complications graves du rhumatisme articulaire aigu. Cependant ce médicament a donné des résultats relativement favorables dans des cas où il existait des complications endocardiques ou péricardiques.

L'administration de l'antipyrine n'entraîne aucun des effets secondaires plus ou moins fâcheux qu'on observe quelquefois à la suite de l'administration des préparations salicylées. Dose de 4 à 6 grammes par jour, au début ; plus tard, 2 gr. L'auteur ajourne à plus tard un jugement définitif sur la durabilité des effets thérapeutiques obtenus avec l'antipyrine dans le traitement des affections rhumatismales.

III. Les appréciations de M. LENHARTZ sur l'efficacité de l'antipyrine dans le traitement du rhumatisme articulaire sont tout aussi optimistes. Les expériences de M. Lenhartz ont été faites sur 24 rhumatisants; l'antipyrine était administrée en solution dans l'eau, sans addition d'aucun correctif, à la dose de 1 gramme. Pour juger de l'efficacité comparative de l'antipyrine et du salicylate de soude, on prescrivait alternativement un de ces deux médicaments, en commençant tantôt par l'un, tantôt par l'autre. Voici les conclusions dans lesquelles l'auteur résume son jugement :

1° Dans le traitement du rhumatisme articulaire, de la forme aiguë principalement, l'antipyrine manifeste une efficacité sensiblement égale à celle du salicylate de soude, car le médicament

(*a*) est doué d'une action antipyrétique sûre ;
(*b*) fait disparaître les manifestations locales du rhumatisme, et spécialement la douleur.

2° L'antipyrine ne prémunit pas plus que le salicylate de soude contre les récidives ;

3° L'emploi de l'antipyrine s'impose dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'on a échoué avec les préparations salicylées; il est contre-indiqué en cas d'adynamie et quand il existe des manifestations cérébrales.

IV. Ayant eu connaissance d'un article qui signalait les vertus hémostatiques de l'antipyrine, M. Bosse eut recours à des applications d'antipyrine en nature, sur un ulcère assez vaste (4 centimètres sur 2) que portait à la jambe une femme de 50 ans. L'ulcère, en creusant, avait mis à nu le périoste du tibia, et avait érodé une veine. Une fois la perte de substance saupoudrée avec l'antipyrine, le médecin appliqua un tampon d'ouate, maintenu au moyen de plusieurs tours de bande. Au bout de 20 minutes, l'hémorrhagie était arrêtée. Trois jours plus tard, la femme se représentait au médecin. Celui-ci constata que toute la portion de l'ulcère qui avait été en contact avec l'antipyrine était tapissée de granulations de bonne nature et contrastait, par son bel aspect, avec la perte de sub-

stance. Aussi, l'ulcère fut tapissé dans toute son étendue avec de l'antipyrine (3 grammes environ) et protégé à l'aide d'une couche d'ouate salicylée; recommandation fut faite à la femme de renouveler le pansement chaque jour. La cicatrisation marcha rapidement. Au bout de 35 jours, la guérison était parfaite.

Suit un tableau d'après lequel on peut se rendre compte, à première vue, de l'influence salutaire exercée par les pansements à l'antipyrine, dans 30 cas d'ulcérations plus ou moins anciennes aux jambes.

Il importe de ne pas passer sous silence les désagréments qu'occasionne, en pareils cas, l'emploi topique de l'antipyrine, et qui se traduisent par des douleurs lancinantes, une sensation de brûlure assez vive, qui se dissipe peu à peu, une fois que la substance médicamenteuse s'est liquéfiée en totalité. Cette phase douloureuse dure de 5 à 15 minutes; mais les souffrances vont en s'atténuant au fur et à mesure des applications ultérieures. Un badigeonnage préalable à la cocaïne ayant en lieu dans un cas, le malade prétendit que cette application était presque aussi douloureuse que l'application de l'antipyrine: de réaction inflammatoire, jamais. Enfin, l'auteur a bien soin d'insister sur ce que les applications d'antipyrine ne font que stimuler le développement des granulations. Une fois que celles-ci comblent la perte de substance, il faut, pour obtenir la cicatrisation définitive, recourir à l'emploi d'un autre topique, pommade au nitrate d'argent, cautérisations à la pierre infernale, pansement à l'iodoforme, etc., etc.

V. Le chapitre qui concerne le traitement de la diphtérie a été si fécond en déceptions, qu'il faut toujours accueillir avec septicisme l'annonce d'un nouveau remède souverain. Celui que vient de préconiser M. Stepp mérite cependant d'être signalé, ne fût-ce qu'eu égard à ce que l'auteur nous révèle, touchant la grande tolérance des enfants (atteints de la diphtérie) pour l'iodure de potassium.

Dans 16 cas de diphtérie grave et au cours d'une épidémie, M. Stepp a eu recours à l'iodure de potassium, administré suivant les règles que voici : pour un enfant de 3 ans et audessous, faire prendre toutes les heures, une cuillerée à bouche d'une solution d'iodure de potassium à 2-4 0/0. Pour les malades plus âgés, le titre de la solution était porté à 4-10 0/0. D'autre médication, point. M. Stepp est arrivé de la sorte à faire prendre, à un garçon de 9 ans, 50 grammes d'iodure de potassium en l'espace de 10 jours, sans que l'enfant ait présenté le moindre signe d'iodisme. Tous les malades ont guéri.

E. RICKLIN.

TRAVAUX A CONSULTER

I. *Influence de l'antipyrine sur l'excrétion des matières azotées*, par UMHACH (ARCHIV FÜR EXPERIMENTELLE PATHOLOGIE UND PHARMAK, t. XXI, fasc. 2 et 3, p. 161, 1886. — Les conclusions du mémoire portent que l'antipyrine, à l'instar de la quinine et d'autres antipyretiques, en traversant les milieux intérieurs diminue dans une proportion notable l'excrétion des principes azotés qui se fait par les urines.

II. *Étude chimique sur l'action antipyrétique de l'antipyrine et de la thalline*, par le docteur WELT (DEUT. ARCHIV FÜR KLIN. MEDICIN, t. XXXVIII, fasc. 1 et 2, p. 81, 1886. — Des observations de l'auteur se dégage entre autres ce fait, que la supériorité d'action antipyrétique de l'un des deux médicaments en cause dépend souvent de circonstances individuelles inhérentes au malade.

III. *Sur l'antipyrine*, par le docteur REIHLEN (Ibidem, fasc. 6, p. 534). — Étude clinique aussi intéressante que concise, qui conclut à la supériorité de l'antipyrine sur la kaïrine et le salicylate de soude, dans le traitement des maladies fébriles en général, de la fièvre typhoïde en particulier.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

DE L'OSTÉOMYÉLITE INSIDIEUSE OU PREMIER ÉTADE DE L'OSTÉOMYÉLITE TUBERCULEUSE, par C.-J. FRANCON. — Thèse de Paris, 1886.

A côté de l'ostéomyélite aiguë de croissance, magistralement décrite par M. Lannelongue, doit prendre place une autre affection de même famille, se faisant remarquer par un début moins brusque, par des symptômes moins accusés, par un pronostic moins immédiatement menaçant: c'est l'ostéomyélite que M. Trélat a désignée au Congrès de chirurgie sous le nom d'insidieuse. De nature infectieuse ou parasitaire l'une et l'autre, la première répond à l'empoisonnement par le streptococcus pyogenus aureus ou albus, la seconde a pour substratum l'altération tuberculeuse, ainsi que le démontre l'inoculation. Quoique nettement différenciées au début par des symptômes propres, les deux formes d'ostéomyélite n'en paraissent pas moins aboutir au même résultat. Aussi convient-il de diriger les efforts de la thérapeutique contre l'état constitutionnel; en attendant qu'avec un diagnostic précis on puisse mettre à profit les ressources de la chirurgie par la pratique de l'évidement de la partie atteinte.

DU PRONOSTIC DES NÉPHRITES AIGUËS, par G. RIOBLANC. — Thèse de Paris, 1886.

Comme le sujet à traiter était assez difficile à circonscrire, nous devons excuser l'auteur d'avoir été ici prolixe et obscur, là concis et incomplet. Son travail, plein de faits et d'aperçus nouveaux, ne paraît pas cependant s'appuyer toujours sur des bases absolument solides. C'est ainsi que, malgré tout le soin pris, il ne peut éviter de voir le mal de Bright là où il nous avait fait prévoir parfois une simple albuminurie. Et l'erreur va devenir bien plus facile encore s'il faut, comme M. Dieulafoy le montrait tout récemment à la Société médicale des hôpitaux, établir parfois le diagnostic de cette première affection alors même qu'il n'y a pas la moindre trace d'albumine dans les urines.

Nous aurions beaucoup à dire sur le pronostic des néphrites dans les pyrexies, surtout sur la néphrite de la fièvre typhoïde. Mais nous préférons renvoyer aux travaux de M. Albert Robin et aux nôtres, à ceux postérieurs de Petit et Didier, pour démontrer que de par sa lésion rénale la fièvre typhoïde acquiert une gravité exceptionnelle.

Comme terminaisons, la néphrite aiguë, qu'elle soit primitive ou secondaire, a la guérison, le passage à l'état chronique, la mort; cette dernière pouvant être la conséquence d'accidents urémiques, de complications pleuro-pulmonaires ou péricardiques.

DE LA RECTITE PROLIFÉRANTE VÉNÉRIENNE ET NON VÉNÉRIENNE, par P. HAMONIC. — Thèse de Paris, 1885.

Le rectum peut être le siége de tumeurs variées (productions villeuses, polypes granulo-papillaires, végétations, verrues, molluscums...) rapportées jusqu'à cette heure à des entités morbides distinctes, mais qui doivent rentrer dans la même espèce nosologique, comme manifestation anatomo-pathologique la plus importante de la rectite proliférante. Primitivement due à l'action d'une cause irritative vénérienne ou non vénérienne, laissant à ce mot son acception la plus large, cette dernière est la conséquence soit de la sodomie, de la blennorrhagie rectale, d'un chancre anal ou péri-anal, d'un accident syphilitique quelconque; soit de la fissure, de la fistule anale, de la dysentérie. L'inflammation porte sur les papilles, qui, d'invisibles à l'œil nu, s'en vont grandissant au point de donner lieu à des bourgeonnements tellement considérables qu'on peut leur imposer le nom de tumeurs. La caractéristique ici est de ne trouver que de vrais papillomes, et M. Hamonic prend soin de l'établir sans conteste, en nous renvoyant à la belle planche qui termine son mémoire.

Au point de vue symptomatologique, on trouve chronologiquement la cause préparatoire initiale, les phénomènes de rectite, les produits de prolifération, la période d'amélioration ou de cachexie progressive. Celle-ci s'observe parfois à cause de la déchéance organique, conséquence de la douleur, de l'hypocondrie, des pertes glaireuses et sanguines que le malade éprouve. Il importe donc de diriger les efforts de la thérapeutique chirurgicale contre les tumeurs ano-rectales d'un certain volume et suivant les circonstances, la torsion, l'arrachement, l'excision pourront se trouver indiquées.

Sept observations personnelles et deux empruntées à Rognetta et Reclus, judicieusement commentées, servent de base au précédent travail, qui se fait encore remarquer par le soin tout particulier apporté à sa composition typographique.

ÉTUDE SUR L'HÉMATURIE DANS LA RÉTENTION D'URINE, par H. BENOIT. — Thèse de Paris, 1886.

L'hématurie, particulièrement étudiée chez les vieux prostatiques, peut se produire en dehors de toute intervention, mais plus fréquemment à la suite du cathétérisme. Préparée par la congestion que la rétention provoque et par les lésions des vaisseaux qui altèrent la solidité des parois, elle résulte d'un surcroît de pression sanguine survenant soit pendant la réplétion d'urine même, soit après une évacuation rapide de ce liquide. D'où le précepte, sur lequel Tuffier a encore tout récemment insisté, de ne vider la vessie dans les cas de rétention que très lentement et incomplètement.

RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT EMBRYONNAIRE DE L'ÉPITHÉLIUM DANS LES VOIES AÉRIENNES, par G. LAGUESSE. — Thèse de Paris, 1885.

De l'épithélium cylindrique ou polyédrique stratifié qui précède chez l'embryon la formation de l'épithélium des voies aériennes, il ne reste à peu près chez l'adulte que les cellules caliciformes, que l'épithélium pavimenteux de certaines parties du larynx, des cordes vocales notamment, dont les éléments aplatis et modifiés de structure ont subi un commencement de transformation cornée. Aux dépens de la couche génératrice profonde, l'épithélium cilié est venu se développer cellule par cellule au milieu du premier revêtement et s'y substituer. L'étroite bande d'épithélium pavimenteux des cordes vocales supérieures est, par exception, due à une regression de ce dernier. En tous cas, un fait acquis, et cette phrase résume, si l'on veut, le travail de M. Laguesse, est que l'épithélium cilié des muqueuses de formation secondaire se trouve précédé par un épithélium stratifié polyédrique ou cylindrique.

Ce mémoire écrit avec soin et basé sur des recherches faites dans le laboratoire de M. Pouchet est complété par des dessins qui augmentent sa valeur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ECTASIES GASTRIQUES.—DISTENSION ET DILATATION DE L'ESTOMAC CONSIDÉRÉES PLUS SPÉCIALEMENT AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC ET DE L'ÉTIOLOGIE, par CH. MALIBRAN. — Thèse de Paris, 1885.

Les anciens observateurs s'étaient peu arrêtés à l'étude des dilatations stomacales, considérées par eux comme une curiosité anatomique plutôt qu'ils ne lui accordaient quelque valeur séméiologique. Cela tient à ce qu'ils envisageaient seulement le fait brut de l'excès d'étendue des parois, sans tenir compte des causes qui avaient pu lui donner naissance. Ils n'avaient pas songé que l'ectasie, mot par lequel nous désignons aujourd'hui l'augmentation absolue de la capacité stomacale peut résulter soit d'une distension, conséquence d'une pression intérieure, soit d'une dilatation pure et simple survenue en dehors de toute intervention mécanique. Or, un estomac normalement flasque, distendu ou rétracté, peut dans l'un ou l'autre de ces états se trouver pathologiquement dilaté. Pour le constater, l'inspection fournit jusqu'ici les meilleurs résultats. En tous cas, l'organe distendu bombe vers le thorax, l'organe dilaté pend dans l'abdomen.

L'auteur a mis à profit son passage à l'hospice des Enfants-Assistés pour remplir un desideratum exprimé par M. Comby, en démontrant que l'estomac d'un nombre considérable de nourrissons n'ayant jamais été trouvé dilaté, l'exploration abdominale du tube digestif dans la première enfance restait sans grande valeur. Mais il n'en est plus ainsi chez l'adulte, où elle permet de reconnaître l'ectasie de l'organe et sa variété. Une sonorité tympanique aiguë costo-mammaire, le bruit de clapotement ou de succussion est indice de distension, tandis que la dilatation se révèle parfois par les contractions visibles de l'estomac hypertrophié, mais aussi par la sensation d'un clapotement étendu, intense, par du tympanisme costo-pubien.

La distension et la dilatation ont chacune une symptomatologie propre. La première est passagère ou durable, aiguë ou chronique; la seconde, stationnaire ou progressive, est toujours chronique et irréparable.

Notre analyse, toute imparfaite qu'elle est, aura atteint le but que nous nous proposions, si en signalant quelques points relatifs à l'étiologie et à la pathogénie des ectasies gastriques, elle provoque la lecture de l'excellent travail de M. Malibran.

CH. AMAT.

ÉTUDE SUR LES TROUBLES SENSITIFS DANS LA TUBERCULOSE AIGUË, par le docteur MARGUERITE. — Paris, 1886.

Il est fréquent d'observer des troubles de la sensibilité dans

le cours de la tuberculose aiguë et à la période finale de la tuberculose chroniqne.

Ces troubles sensitifs, *hyperesthésie* et *anesthésie*, présentent des caractères spéciaux : ils sont fugaces, ils snrviennent hrusquement pour disparaître de la même façon.

L'hyperesthésie reste le plus sonvent limitée à une portion dn corps, aux membres inférieurs principalement. Dans certains cas, c'est une simple hyperesthésie cutanée ; parfois, elle atteint les parties profondes, les muscles et lee os.

Lee troubles d'anesthésie et d'analgésie sont plns rares.

Ces phénomènes douloureux dépendent de lésions médullaires diffuses et d'une leptomyélite annulaire.

Du vomissement chez les phthisiques et de l'application de la cocaïne a son traitement, par le docteur Ory. — Thèse de Paris, 1886.

Les causes des vomissemente chez les phthisiques sont très variables : ils proviennent de lésione cérébrales, péritonéales ou gastriques, résultant d'une localisation de la tuberculose sur d'autres points que l'arbre aérien.

Ils surviennent quelquefois chez les phthisiques à l'occasion des mêmes causes qui les déterminent chez les sujets non tnberculeux.

Ils sont le plns souvent d'ordre mécanique : ce sont les quintes de toux intenses qui les provoquent ; ils se montrent après le repas. L'estomac se vide plus ou moins complètement, et, comme le dit M. le professeur Damaschino, « c'est une cause de dénutrition ajoutée à tant d'autres déjà si importantes. »

Comme cee quintes de toux sont le résultat d'une irritation prenant naissance au niveau de la mnqueuse du pharynx, de la base de la langue et de l'isthme du gosier, le traitement doit avoir en vue la suppression de la sensibilité des parties qui sont le point de départ du réflexe : l'emploi de badigeonnages de la muqueuse avec une solntion de chlorhydrate de cocaïne donne de bons résultats.

Des gangrènes morbilleuses, et principalement de la gangrène pulmonaire comme terminaison des broncho-pneumonies rubéoliques. — Thèse de Paris, par M. le docteur Barthe.

Observée autrefois assez fréquemment, la gangrène pulmonaire comme terminaison de la broncbo-pneumonie rubéolique se manifeste aujourd hui moins souvent, grâce aux progrès de l'hygiène. C'est ainsi que ces gangrènes sont infiniment plus fréquentes à l'hôpital où les enfants arrivent dans un état de mauvaise santé que dans la clientèle ordinaire. Rilliet, dans les épidémies de Genève de 1845 et 1852, sur plus de 4,000 malades atteints de rougeole, n'a eu à noter en ville qu'un seul cas de gangrène rubéolique.

Le diagnostic est particulièrement difficile, souvent impossible, à cause du petit nombre de signes certains et constants que l'on remarque. Les principaux, sur lesquels on peut s'appuyer, sont ceux indiqués pour la gangrène pulmonaire, en général : fétidité de l'haleine, crachats particuliers. Dans quelquee cas même, ces deux symptômes ont pu faire défaut.

Le pronostic est fatal. Ce qui tue, c'est l'ensemble des phénomènes, c'est l'affaiblissement considérable dû à la fièvre morbilleuse, c'est l'hématose qui se fait mal, dans un champ restreint par l'affection pulmonaire. La mort survient avant que des accidents septiques ne se soient produits.

De la pleurésie a signes pseudo-cavitaires, par le docteur Frémont, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Th. de Paris, 1885.

La plenréeie à eignes pseudo-cavitaires est celle dans laquelle on observe des signes qui pourraient faire croire à l'existence d'une cavité intra-thoracique en communication avec lee voies aériennes.

Dans d'intéressants chapitres, le docteur Frémont étudie l'étiologie, l'anatomie et la physiologie pathologique de ces pleurésies, caractérisées cliniquement par le bruit de pôt fêlé, le souffle caverneux et amphorique, la voix caverneuse et amphorique, et le gargouillement.

Le diagnostic eet ordinairement difficile. Cependant on devra se rappeler les faite suivants : dans la pleurésie, l'état général est assez bon, les vibrations vocales sont affaiblies ou abolies, un seul côté est malade. Les signes pseudo-caverneux siégent plus souvent à la racine du poumon ou à la base, en arrière ; la paroi thoracique est bombée, la toux ne modifie pae le gargouillement, les crachats ne renferment pas de bacilles.

Dans la tuberculose, le début est lent, les vibrations vocales sont exagérées, l'état général est grave ; les deux côtee sont malades, les signes caverneux siègent aux sommets, la paroi thoracique est affaissée, la toux modifie le gargouillement et les crachats présentent des bacillee.

Une pleurésie à signes pseudo-caverneux, survenue chez un sujet bien portant, avec un épanchement moyen, n'entraîne pas un pronostic grave; elle est, en celà, dans les mêmes conditions qu'une pleurésie ordinaire.

Si la pleurésie traîne, si elle passe à l'état chronique, purulent, son pronostic n'est ni aggravé, ni amélioré, parce qu'elle présente des signes pseudo-caverneux ; elle a toute la gravité et peut entraîner toutes les complications habituelles de ces pleurésies.

La pleurésie pseudo-caverneuse n'a pas de traitement spécial ; les indications sont tirées de l'épanchement et de l'état du poumon, et ne présentent rien de particulier.

De nombreuses observations viennent compléter cette intéressante étude de M. le docteur Frémont, qui a su éclaircir ce point de pathologie.

A. Martha.

De la tuberculose de la voute palatine, par J. Hermantier. — Thèse de Paris, 1886.

Le nombre des ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine peut être évalué au sixième des cas comprenant toutes les lésions buccales de même nature.

Ces ulcérations sont, dans la majorité dee cas, accompagnées de lésions tuberculeuses des autres organes. Elles peuvent donner lieu à des complications telles que perforation de la voûte palatine, chute des incisives et nécrose partielle dn rebord alvéolaire.

Comme traitement, l'auteur conseille l'iodoforme et la teinture d'iode. A. M.

Des sueurs chez les phthisiques et de leur traitement par l'ergot de seigle, par M. Maurice Mignot. — Thèse de Paris.

Contre les sueurs des phthisiques, l'ergot de seigle paraît

avoir une action constante. Jamais il n'a donné d'insuccès. Par ses propriétés antithermiques et antisudorifiques, il agit même contre les sueurs fébriles; il arrête les sueurs colliquatives.

Son action se produit une demi-heure après son administration; elle n'est pas limitée à l'accès immédiatement à venir, mais s'étend au-delà.

Souvent, dès le premier jour, l'ergot arrête totalement les sueurs, et toujours il amène une diminution.

L'ergot de seigle, l'ergotine, l'ergotinine, paraissent avoir la même action, mais l'ergotine en injection sous-cutanée est plus régulière dans ses effets que l'ergot, et elle ne produit aucune douleur.

L'auteur conseille l'ergotine à la dose de 1 gramme en injection sous-cutanée faite une demi-heure avant l'accès.

A. M.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur René-Marie Briau, bibliothécaire de l'Académie de médecine, décédé à Paris, le 23 de ce mois, à l'âge de 76 ans. Nous lui consacrerons une notice spéciale; — du docteur Richard, médecin de colonisation à Oued-Fidda (Algérie); — du docteur Landur (de Paris); — de M. Rousseau, officier de santé à Belligné, mort à 72 ans, le 8 juin dernier, à Chazé-sur-Argos (Maine-et-Loire); — du docteur Lemoine-Maudet, décédé à Nantes, le 10 juin, à l'âge de 56 ans.

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont nommés, pour une période de deux ans, à partir du 1er novembre 1886 :

1° *Chefs de clinique médicale.* — MM. Rivals et Mesnard, en remplacement de MM. Dignat et Chambrelent, dont le temps d'exercice est expiré.

2° *Chef adjoint de clinique médicale.* — M. Martin de Magny.

3° *Chef de clinique obstétricale.* — M. Chambrelent, en remplacement de M. Rivière, dont le temps d'exercice est expiré.

4° *Chef adjoint de clinique obstétricale.* — M. Massy.

***

Distinction honorifique. — Le Sénat et l'Académie d'Edimbourg viennent de conférer le diplôme de docteur honoraire à M. le professeur Tarnier, en raison des « grands services qu'il a rendus à la science et à l'humanité par l'introduction en obstétrique de l'antisepsie, par l'invention d'une couveuse, la découverte de nouvelles méthodes pour diminuer la mortalité des enfants, et par-dessus tout par les progrès considérables qu'il a réalisés dans la construction du forceps ».

***

Médecins de colonisation en Algérie. — Le service médical de colonisation en Algérie est régi par le décret du 23 mars 1883. Les docteurs en médecine pourront être admis, à l'avenir, dans les cadres du personnel titulaire jusqu'à l'âge de 35 ans accomplis. Cette limite est portée à 40 ans pour les praticiens qui justifieront de cinq ans de services dans les armées de terre et de mer.

Les avantages accordés aux médecins de colonisation, en dehors de la clientèle payante, sont les suivants :

1o Traitement fixe (à la charge de l'Etat) de 3,000 fr. au début (5e classe) et de 5,000 fr. au maximum (1re classe) passible de la retenue pour les pensions civiles;

2o Indemnité de logement de 500 fr. à la charge des communes composant la circonscription médicale, on logement en nature;

3o Indemnités réglementaires pour les vacations judiciaires;

4o Rétributions du département pour les vaccinations réussies,

5o Indemnités éventuelles pour la surveillance des enfants du premier âge et honoraires payés par les départements pour les enfants assistés malades.

Les candidats aux postes de médecins de colonisation doivent adresser une demande au Gouverneur général de l'Algérie, en y joignant une copie dûment légalisée de leur diplôme de docteur, leur casier judiciaire et leur acte de naissance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1885-1886

Renard, Charles-Henry, de Nancy, 16 juillet. De la valeur de l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte, au point de vue des résultats de l'opération. (Contribution à l'étude comparée des procédés de Graf et de David.) — Griffe, Charles-Joseph-Gaston-Marie, de Bordeaux, 12 juillet. Etude expérimentale sur l'action physiologique du sulfate de spartéine. — Licht Louis-Frédéric, de Bitche (Moselle annexée), 13 juillet. Du traitement antiseptique local de la blennorrhagie. — Leclerc, Emile-Charles-Antoine, de Lunéville (Meurthe-et-Moselle), 19 juillet. Contribution à l'étude de l'antiseptie en ophthalmologie. — Ruotte, Paul, de Frolori (Meurthe-et-Moselle), 23 juillet. Etude sur le traitement des fractures transversales de la rotule (suture osseuse, ponction de l'épanchement). — Spillmann, Marie-Georges-Joseph, de Niort (Deux-Sèvres), 27 juillet. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du chlorure de calcium cristallisé. — Frache, Marie-Raymond-Pierre, de Condé-Northen (Moselle annexée), 29 juillet. Etude physiologique et thérapeutique du bichromate de potasse. — Wenzinger, Marie-Symphorien-Marcel, de Molsheim (Alsace), 3 août. Des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques. — Cahen, Lucien, de Nancy, 5 août. Etude comparative des différents procédés d'analyse biologique des eaux potables appliquées à quelques eaux de Nancy. — Cardot, Marie-Auguste-Georges-Léon, de Melisin (Haute-Saône), 6 août. Recherches expérimentales sur l'extrait de Conilla scorpioides (Cronille). — Pierron, Paul-Albert, d'Ancy-sur-Moselle (Moselle annexée, 6 août. Recherches expérimentales sur les bouquets artificiels des vins et les principales essences des divers spiritueux. — Renaud, François-Albert, de Metz, 7 août. De la dysphagie dans les épanchements pleurétiques. — Brullard, Joseph-Dominique, de Nancy, 7 août. Considérations générales sur l'état hypnotique. — Hanshalter, Paul, de Sierk (Moselle annexée), 9 août. Recherches sur le cœur sénile.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 15 au samedi 21 aout 1886

Fièvre typhoïde 23.—Variole 2.— Rougeole 17.— Scarlatine 9. — Coqueluche 12. — Diphtérie, croup 10 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 0. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 44. — Phthisie pulmonaire 177. — Autres tuberculoses 29. — Autres affections générales 64 — Malformation et débilité des âges extrêmes 35. — Bronchite aiguë 21. — Pneumonie 56. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 94. — au sein et mixte 52 — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 63. — de l'appareil circulatoire 51. — de l'appareil respiratoire 35. — de l'appareil digestif 45 — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 1. — des os, articulations et muscles 14 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 16.— Causes non classées 16. — Total de la semaine : 915 décès.

Fournitures de **librairie** *et* **impression** *de mémoires, brochures, etc., etc. — Octave Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon.*

Toute demande de livres édités *personnellement* par M. Doin, dépassant 30 francs et accompagnée d'un mandat postal ou d'une valeur sur Paris, sera servie franche de port, partout où parviennent les colis postaux, avec une remise de 15 0/0 sur les prix marqués. — Sur tous les autres ouvrages scientifiques ou littéraires publiés par les autres éditeurs, la remise ne serait que de 10 0/0 et l'envoi franc de port. — Sur les demandes inférieures à 30 francs, ou sur les ouvrages expédiés par la poste, aucune remise ne peut être accordée.

Pour les impressions : Les conditions seront à débattre préalablement avec M. Doin, qui fournira des devis et traitera à forfait.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Etude expérimentale sur la phonation, par le docteur M. Lermoyez, membre de la Société clinique. Un volume in-8 de 200 p., avec 15 figures dans le texte. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Alcools et eaux-de-vie, études chimiques comparatives, par G. Ordonneau, pharmacien, membre de la Société chimique de Paris. Un vol. in-12 de 110 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Leçons sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie, par le docteur Martineau. Un vol. in-18, avec 4 planches lithographiées. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Mémoire sur les occlusions intestinales (13 observations), par le docteur Ch. Auffret, médecin en chef de la marine. Un vol. in-8 de 55 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue médico-légal, par le docteur Julien Chevalier. Un volume in-8 de 170 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etude clinique sur la folie héréditaire (*des dégénérés*), par le docteur Saury. Un vol. in-8. — Prix : 4 fr. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Etude comparative des caractères anatomiques et du parcours des faisceaux fibro-vasculaires des pipéracées, par Ferdinand Debray, professeur à l'Ecole des sciences d'Alger. Un vol. grand in-8 de 110 pages., avec 16 planches hors texte. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le nerf moteur oculaire commun et ses paralysies, par le docteur Blanc. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adr. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Luchon dans le traitement de la syphilis, par le docteur P. Ferras, ancien interne des hôpitaux, médecin de l'hôpital thermal Ramel. Une brochure in 8 de 31 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE ;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES PROSTATITES CHRONIQUES. — Leçon clinique de M. le professeur GUYON, faite à l'hôpital Necker, et recueillie par M. le docteur Ernest DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

Il vous arrivera souvent d'être consultés par des malades qui se présenteront à vous en apportant un diagnostic fait à l'avance et qui se diront atteints de prostatite chronique. Les personnes qui vous parleront ainsi vous rendent-elles compte d'un état qui existe réellement, ou agissent-elles ainsi sous l'empire de préoccupations excessives ?

C'est ce que vous devrez rechercher d'abord et — je puis vous donner de suite ce conseil — vous n'accepterez pas ce diagnostic d'emblée. Un malade qui s'est présenté tout dernièrement chez moi, m'a exposé l'histoire de sa maladie, qui peut servir de type à la plupart des cas de ce genre.

C'est un homme de 38 ans, intelligent, actif, qui a eu, en 1872, une blennorrhagie, bientôt suivie d'une cystite. Cette dernière avait cessé peu à peu, mais elle était restée sujette à des retours périodiques, et, au commencement de chaque saison, elle reparaissait pendant un certain temps ; à ce moment, le moindre écart de régime, l'influence d'un refroidissement suffisaient pour en provoquer une exacerbation.

Malgré cela, cet homme pouvait exercer une profession qui exigeait beaucoup d'activité, et la santé générale, de même que l'état local, restait chez lui parfaite. Au mois d'octobre dernier, survinrent des phénomènes nouveaux ; quelquefois, après la miction, une contraction spasmodique de l'appareil sphinctérien amenait une sensation pénible de la région périnéale, et, au moment de la défécation, surtout quand il y avait de la constipation, des gouttes d'un liquide opalin venaient sourdre au méat. Jamais il n'y eut de pesanteur à l'anus, jamais de douleurs vraies ; mais après le coït, le malade ressentait de petites douleurs, parfois lancinantes, le plus souvent très légères et ne consistant qu'en de petits picotements de la vessie. Inquiet, il va prendre des consultations ; il se renseigne, surtout dans des livres, et trouve, là, un spectacle terrifiant ! Il comprend que la prostatite est une affection des plus graves, d'une durée des plus longues, et que c'est un mal le plus souvent incurable.

Il était littéralement affolé quand je le vis ; il croyait sa situation perdue, l'avenir de ses enfants compromis ; il imaginait même des symptômes qui n'existaient pas réellement, tels que de la douleur pendant la marche, les courses en voiture. Rien ne le rassurait, pas plus l'intégrité de sa santé générale, restée excellente, que la démonstration qui lui était faite, symptôme par symptôme, de l'absence de lésion de l'appareil génito-urinaire.

Il est rare que de tels malades se présentent dans nos salles, car ceux qui fréquentent les hôpitaux n'étudient pas généralement leurs symptômes avec cette attention inquiète nécessaire pour échaffauder ce diagnostic imaginaire. Or, il n'est pas douteux, pour moi, qu'il s'agisse là d'un état mental particulier qui tient à ce genre de maladie : la nature a voulu que tout ce qui porte atteinte à la fonction génératrice jetât une perturbation dans les facultés cérébrales. Aussi est-il nécessaire de distinguer ce qui est sous la dépendance de la maladie et ce que le malade y ajoute ; il y a, en outre, à faire la part du médecin et celle du livre, c'est-à-dire de ces lectures terrifiantes, que le malade a faites dans les auteurs les plus autorisés à ses yeux.

Le sombre pronostic dont je vous parlais est porté très souvent de très bonne foi par le médecin, qui commet une erreur d'interprétation. Le plus souvent, le signe sur lequel on se base pour diagnostiquer une prostatite, est un écoulement liquide, qui apparaît au méat à des intervalles plus ou moins éloignés. On ne se demande pas s'il existe d'autres symptômes, si on peut s'appuyer sur un ensemble de signes rationnels, et le diagnostic de prostatite est posé. Or, la plupart du temps, ces écoulements n'ont d'autre origine que les glandes de Cowper. Chez les individus les plus sains, lorsqu'une érection est complète et suffisamment prolongée, on voit apparaître au méat un liquide filant, limpide, assez analogue à de la glycérine. Dans l'état normal, l'apparition de ce liquide est habituelle et nécessaire pendant l'action génésique ; si cette sécrétion s'exagère, à la suite d'inflammations longtemps prolongées, ou d'autres influences sur lesquelles je n'ai pas à insister ici, quelques gouttes peuvent mouiller la chemise. Pour peu que le sujet soit entaché de névropathie, il est enclin à se croire atteint d'une grave maladie ; beaucoup d'entre eux ne peuvent arriver à une érection parfaite, et comme alors les glandes de Cowper ont sécrété davantage, le liquide s'écoule de lui-même, quand la verge est revenue à l'état de flaccidité. Leur effroi s'accroît souvent après qu'ils ont consulté un médecin, qui a qualifié de prostatique l'écoulement survenu dans ces circonstances.

Un peu de réflexion permettrait de mieux se rendre compte de la réalité. L'urèthre antérieur est disposé de telle sorte que tout liquide qui y est versé apparaît rapidement au méat; le pus blennorrhagique, le sang, dans l'uréthrorrhagie, sont là pour en fournir la preuve. Le fait seul que ce liquide, prétendu prostatique, s'écoule continuellement, permet d'affirmer que sa source n'est pas dans la prostate, et qu'il vient réellement des glandes de Cowper. Tout autre est le liquide, quand il vient de la prostate. Les caractères extérieurs qu'il présente sont bien différents. C'est, d'après Ch. Robin, un liquide alcalin, de consistance analogue à celle du lait épais et non visqueux; il est d'un blanc crêmeux, un peu jaunâtre, plus ou moins foncé, suivant les sujets; il contient quelques rares cellules épithéliales prismatiques, mais jamais de leucocytes; des cellules à cils vibratiles sont souvent expulsées, grâce à une pression sur la prostate, dont on fait suinter les produits de sécrétion.

A l'état pathologique, la différence, à l'œil nu, n'est pas considérable; la consistance, la coloration n'ont pas changé; c'est seulement au microscope qu'on trouve des éléments qui manquent dans le liquide normal et qui consistent en leucocytes et en granulations graisseuses. Or, il faut le reconnaître, cet examen au microscope est rarement pratiqué en présence d'un écoulement uréthral, et on porte le diagnostic, sans avoir vérifié un signe important et nécessaire.

Si l'examen du liquide est indispensable, il n'est pas moins utile de s'enquérir de la façon dont il s'écoule; or, si les sécrétions des glandes de Cowper sont ramenées d'une manière continue au méat, il n'en est pas de même du liquide prostatique, qui ne franchit le sphincter membraneux de l'urèthre que par petites masses et ne sort que sous forme de petites éjaculations, par suite de son accumulation dans l'urèthre postérieur, ou bien quand une pression est exercée sur la face rectale de la glande; les malades s'aperçoivent tout d'un coup de l'issue, par le méat, d'une quantité toujours assez considérable de matière visqueuse, bien différente du suintement continu et régulier de la sécrétion de l'urèthre antérieur. Ces signes sont, en général, assez nets et tranchés, pour qu'un examen topographique soit superflu; néanmoins, un explorateur à boule, en parcourant les diverses régions de l'urèthre, rapportera une quantité suffisante de liquide visqueux pour qu'on puisse en préciser l'origine. En ne dépassant pas la région membraneuse, on ne verra aucune sécrétion sur le talon de l'instrument, si le liquide vient réellement de la prostate; si, au contraire, il est sécrété par les glandes de Cowper, on recueillera un enduit visqueux et filant déposé sur la boule; si même alors on veut avoir une certitude plus grande, on introduira l'instrument une seconde fois dans l'urèthre, en pénétrant jusque dans la prostate, et on ne recueillera aucun liquide analogue à celui qu'on rencontre dans la prostate lorsque celle-ci est réellement enflammée.

Vous voyez donc que l'étude seule du liquide dont vous aurez recherché l'origine, vous préservera d'une erreur de diagnostic, qui n'est pas sans importance; mais l'examen du malade lui-même vous fournira des renseignements précieux.

Un homme que vous avez vu dans nos salles me servira d'exemple. En pratiquant chez lui le toucher rectal, j'ai fait, par deux fois, sourdre du liquide au méat. La première fois, il m'a suffi d'une pression légère pour provoquer l'issue d'un flot liquide abondant. A la deuxième reprise, j'ai dû, au contraire, exercer une pression assez forte sur la prostate pour n'amener au dehors qu'un gramme au plus de liquide; c'est que, tout d'abord, il y avait une certaine quantité de liquide accumulée dans l'urèthre postérieur, tandis qu'en second lieu, j'ai dû l'exprimer du tissu même de la prostate.

Cette constatation n'est pas la plus importante que vous aurez à faire, car toute inflammation chronique de la prostate amènera forcément une tuméfaction de la glande, la production de saillies plus ou moins régulières, des différences de consistance, suivant les divers points explorés, de même que des différences de sensibilité; tous ces symptômes seront appréciables par le toucher rectal. Or, retenez bien ce fait: chez la plupart des malades qui se présenteront à vous avec la conviction qu'ils ont une prostatite chronique, l'examen le plus attentif de la glande ne vous révélera aucune altération morbide.

La contre-épreuve était à faire; il s'agissait d'établir si les malades chez lesquels on trouve des altérations de prostate, offrent des symptômes analogues à ceux des malades prétendus atteints de prostatite chronique. Un de mes internes, M. Hartmann, s'est chargé de faire cette constatation. Il a examiné 27 malades affectés d'uréthrite chronique postérieure, et sur 10 d'entre eux, il a trouvé soit une induration, soit une tuméfaction partielle ou totale de la prostate. Or, parmi ces 10 malades, 6 ne présentaient aucun de ces signes fonctionnels donnée partout comme caractéristiques de la prostatite, ni écoulement particulier, pendant ou après la défécation, ni les sensations multiples et mal définies qu'accusent les malades en pareil cas; ils offraient, par contre, les signes de l'uréthrite postérieure et de la cystite cervicale. Les signes fonctionnels qu'on trouvait chez les 4 autres consistaient en une sorte d'éjaculation, au moment de la défécation, accompagnée ou suivie d'une douleur assez vague; mais aucun n'avait de ces crises effrayantes que retracent les hypochondriaques dont je vous ai parlé.

Il y a là une opposition bien nette entre ces deux catégories de malades. Les uns sont porteurs de lésions anatomiques de la glande et souffrent à peine; ils n'ont que quelques symptômes peu marquées. Chez d'autres, au contraire, beaucoup plus nombreux, qui se plaignent de souffrances très vives, on constate une intégrité parfaite de la glande, aussi bien par le cathétérisme que par le toucher rectal. Les troubles qu'ils accusent sont d'ordre à la fois général et local; c'est une sensibilité exagérée de la région périnéale, une sensation de douleur et de pesanteur aux aines et aux périnée; ces douleurs irradient le long des cuisses, de l'hypogastre ou de la région lombaire; souvent les malades accusent des douleurs lancinantes dans tout le membre inférieur; les symptômes du côté de l'appareil génito-urinaire ne sont pas moins terrifiants à leurs yeux; il est rare, il est vrai, qu'il y ait des troubles graves dans la miction; mais une gêne assez pénible, parfois très intense, existe le long de l'urèthre; ces douleurs augmentent pendant les excitations génésiques; à une érection rarement complète, succède une éjaculation rapide et quelquefois prématurée; aussi, beaucoup de ces malades sont-ils tourmentés, de plus par la crainte de ne pouvoir accomplir l'acte sexuel. Ceux-là, je ne crains pas de le dire, n'ont pas de prostatite; leur glande est saine, mais ils ont une affection du système nerveux; parfois même leur état mental est altéré; on peut les comparer aux faux spermatorrhéiques, qui constituent une classe très nombreuse alors que la véritable spermatorrhée est d'une extrême rareté.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Anévrysme de la crosse de l'aorte chez un syphilitique — Accès de suffocation et hémoptysies prises pour des accidents d'abord de tuberculose pulmonaire et ensuite de syphilis laryngée. — Trachéotomie. Mort. — Autopsie : perforation de la trachée par l'anévrysme; intégrité du larynx et absence de tuberculose des poumons, par le docteur L. Monnier, ancien interne des hôpitaux. (Cette observation sera publiée dans le tome VI des Cliniques de M. le docteur Péan.)

Le nommé R..., âgé de 44 ans, piqueur à la Chambre des députés, entre, le 7 juillet 1884, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du docteur Pean, salle Cloquet, n° 71.

Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire; son pére est bien portant.

En 1865, en Egypte, il a eu des fièvres intermittentes, qui lui ont laissé une hypertrophie du foie. En 1864, il contracte la syphilis (chancre induré, adénopathie inguinale et syphilides cutanées). Six mois aprés, il a un chancre mou avec bubon suppuré.

En février de cette année, étant en pleine transpiration, il monte sur un toit, où il reste un instant, exposé à un air vif. Immédiatement, il survint un accès de suffocation, qui dura 10 à 15 minutes. Le surlendemain, il dut prendre le lit, en proie à une toux opiniâtre, avec une sensation laryngée très pénible. Deux ou trois jours après, il présente les symptômes d'une bronchite, puis est pris d'une hémoptysie, modérée toutefois; le sang était spumeux et en caillots.

On diagnostiqua une congestion pulmonaire; mais comme les hémoptysies survinrent pendant près de deux mois avec des intermittences variables, on songea à une tuberculose pulmonaire, quoiqu'il n'y eut aucun symptôme général. On établit un traitement en conséquence : vésicatoires, pointes de feu, etc. Cependant, dés cette époque, il y eut des phénomènes laryngés: toux rauque et éteinte, altération que subissait également la voix. Il pouvait néanmoins de temps à autre travailler.

Le 4 juin, il fut examiné au laryngoscope par un spécialiste distingué, qui trouva une paralysie complète de la corde vocale gauche, et comme les deux pouls n'étaient pas rigoureusement égaux, que le gauche retardait sur le droit sans, du reste, aucun signe stéthoscopique du côté du thorax, il diagnostiqua une paralysie de la corde vocale gauche, symptomatique soit d'une altération syphilitique du larynx, soit d'un anévrysme de l'aorte, ayant troublé les fonctions du recurrent. Il institua un traitement antisyphilitique, qui fut continué deux mois.

Amélioration constatée le 18 juin, et consistant dans la diminution de la paralysie. Or, la veille, il avait été pris d'un accès de suffocation de deux heures, au moment où il se baissait pour prendre quelque chose à terre; l'accès fut tel qu'il perdit connaissance; on mit tout en œuvre pour le rappeler à la vie, y compris la saignée. Quand il reprit ses sens, il rendit deux crachats de sang spumeux

Le 6 juillet, nouvelle crise de suffocation d'une heure et demie, avec perte de connaissance de trois quarts d'heure. Cette fois, des ventouses furent appliquées. Ce sont ces crises qui le font entrer à l'hôpital.

Après chaque accés, il reprenait son état normal, c'est-à-dire avec toux, expectoration de crachats spumeux, voix couverte ou rauque.

Ajoutons que depuis un an ou deux, il est un peu court d'haleine quand il monte un escalier ou quand il marche vite. Il y a deux ans, il a fait une saison à Pougues pour une dyspepsie rebelle, datant de longtemps. L'état général s'est conservé bon; il n'a pas sensiblement perdu de ses forces.

Etat actuel. — M. R... est un homme grand et vigoureux, au teint fleuri, nullement cachectique.

L'examen de l'arrière-bouche ne dénote rien. Nous ne voulons pas user du laryngoscope, par crainte de crise de suffocation. La pression sur la région laryngienne ne provoque aucune douleur; on ne sent pas d'adénopathie, à part une toute petite glande, à peine perceptible au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde. La voix est assez claire pour le moment et la respiration libre; mais, dès que le malade tousse, et il le fait souvent, elle se voile et il y a un peu de cornage, indiquant un rétrécissement laryngé ou purement glotique: de gros rhoncus se perçoivent dans la trachée et les bronches, surtout à la base droite en arrière, mais il n'y a pas le moindre signe d'induration pulmonaire. Crachats assez abondants, spumeux et muco-purulents.

L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal, d'ailleurs elle est fort difficile, à cause des gros râles trachéaux. Etat général excellent.

11 juillet. — Depuis son entrée, il se trouvait bien; mais, ce matin, à six heures, il est pris subitement d'un accès de suffocation qui a amené rapidement une perte complète de connaissance; les yeux étaient atones, les lèvres entr'ouvertes, blanches au milieu du bord libre, violacées dans le reste de leur étendue. Le tirage était modéré, la respiration fréquente, stertoreuse; l'auscultation permettait de voir que l'air pénétrait dans la poitrine mais les gros ronchus trachéaux masquaient complètement les autres bruits respiratoires.

Le cœur battait fortement et régulièrement à 200 pulsations.

Une injection de 2 centigr. de morphine n'amena pas de résultats. La trachéotomie est décidée et pratiquée, mais, elle non plus, ne soulage pas le moins du monde le malade.

Injection d'éther; 40 ventouses sèches.

Ce n'est qu'une heure et demie après qu'un mieux se manifeste et que la connaissance revient.

12 juillet. — La journée d'hier s'est passée assez calme; toutefois, dans la soirée, il a eu encore un léger accès d'asphyxie, qui a cédé à des ventouses sèches. — La température s'élève depuis l'opération. La déglutition est douloureuse.

13 juillet. — Fièvre intense. Partout de gros râles ronflants.— Un peu de gonflement à droite de la canule. — T. le soir 40° 5.— Etat très grave.

14 juillet. — La fièvre a diminué ce matin, mais la respiration est toujours haletante et stertoreuse. A droite, en bas et en arrière, est un foyer de broncho-pneumonie : crachats assez abondants, mais non rouillés. — T. 40° 5. P. très fréquent.

Potion avec tartre stibié 30 centigr.; vésicatoire.

16 juillet. — Dans la soirée d'hier, un léger accés de suffcation. Depuis lors, la situation s'aggrave continuellement; la température a remonté; le pouls, toujours très féquent (140 à 160), a faibli. Le malade meurt à midi, avec tous les phénomènes de l'asphyxie par engoûment pulmonaire.

Ajoutons que, dans ces deux derniers jours, il a rendu par l'orifice trachéal des mucosités sanguinolentes en assez grande quantité, mais il n'a pas eu d'hémoptysie proprement dite.

Autopsie (1). — Les viscères abdominaux présentent les altérations suivantes :

Les reins sont gras; le gauche a un kyste. Cette altération nous porte à rechercher l'état des urines contenues dans la vessie; elles sont acides, mais donnent par la chaleur et l'acide acétique un précipité d'albumine rétractile.

Le foie est hypertrophié, granuleux; la rate, volumineuse, ramollie; tous ces organes sont noirâtres, congestionnés, comme ceux du thorax.

Les deux plévres contiennent un peu de sérosité sanguinolente aux bases, mais surtout à gauche. Il y a de vieilles adhérences.

(1) Les pièces ont été présentées à la Société anatomique dans la séance du 17 juillet 1884.

Les deux poumons sont emphysémateux, noirs, et extrêmement congestionnés, surtout aux deux bases.

Çà et là, en arrière des deux bronches, on voit des tumeurs tremblotantes d'une matière noire et sirupeuse. Les deux plus volumineuses (situées derrière chaque bronche) ont les dimensions d'une grosse noisette aplatie. On en trouve d'autres au hile pulmonaire. Ce sont des ganglions ayant subi une sorte de dégénérescence hystique. Pas de caillots dans l'arbre trachéo-bronchique.

La trachée est d'un volume normal. En l'ouvrant par derrière, on trouve, à 3 centimètres de l'éperon, sur le côté gauche, trois ulcérations transversales; l'inférieure de 1 centimètre de long, la moyenne de quelques millimètres, la supérieure de 12 à 13 millimètres : leur diamètre égale l'espace inter-annulaire, car c'est là qu'elles sont situées, les anneaux trachéaux étant indemnes. Nous verrons dans un instant les connexions de ces ulcérations avec l'aorte. Au-dessus, la muqueuse est un peu altérée, sans doute par la canule. Le bistouri, dans la trachéotomie, a coupé le cricoïde et trois anneaux trachéaux; le corps thyroïde a été à peine touché.

Le larynx ne présente aucune ulcération; sa corde gauche est peut-être un peu épaissie; toute la muqueuse aérienne est rouge, manifestement enflammée d'une façon intense, ce qui explique les râles trachéaux.

L'aorte est épaissie, un peu dilatée (son diamètre est de 3 centimètres), manifestement atteinte d'aortite chronique avec plaques athéromateuses. En arrière du tronc brachio-céphalique, de la carotide et de la sous-clavière, apparaît une tumeur, du volume d'un très gros marron, occupant toute la face postérieure de l'aorte, très ferme. En ouvrant le vaisseau aortique, on constate qu'à ce niveau la lumière a de 4 centimètres à 4 centmètres 1/2 de diamètre; il y a donc une certaine dilatation. La paroi, au point mentionné, est formée par la face inférieure d'un caillot stratifié, présentant en bas un petit décollement; un stylet introduit par là, pénètre dans la trachée par les orifices signalés plus haut, en suivant un trajet oblique en haut et en arrière.

Le nerf récurrent gauche parcourt la surface correspondante de la tumeur et lui adhère intimement, car une dissection délicate ne peut l'en séparer; il est manifestement altéré.

Réflexions. — Nous croyons utile de publier cette observation, parce qu'elle montre combien est épineux le diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte à sa première période, ou période des troubles fonctionnels, période de latence, si nous pouvons ainsi parler.

Etant donnés les antécédents héréditaires de ce malade (mère morte phtisique), le premier médecin appelé près de lui avait tout naturellement admis une tuberculose probable. Un examen laryngoscopique vient réfuter cette erreur et mettre sur la voie de la vérité; la syphilis empêcha de l'établir d'une façon formelle. Néanmoins, et c'est là-dessus principalement que nous voulons attirer l'attention, l'examen du larynx et l'exploration comparative du pouls de chaque bras firent admettre, à défaut de laryngite syphilitique, l'anévrysme de l'aorte; il est donc de toute nécessité, en pareille occurence, de recourir au laryngoscope et à l'étude comparée des deux pouls.

Un autre point intéressant est l'absence de soulagement après la trachéotomie. Il nous paraît légitime d'en déduire que la dyspnée n'était point exclusivement laryngée, mais pulmonaire, et, selon toute apparence, d'origine nerveuse. Il est donc logique d'essayer d'abord les antispamodiques avant d'en arriver à la trachéotomie, car, il ne faut pas se dissimuler, qu'ici c'est vraisemblablement la complication pulmonaire consécutive à l'opération qui a hâté, sinon amené l'issue fatale. Hâtons-nous d'ajouter que la situation était telle que la trachéotomie était formellement indiquée.

Enfin, on voit, par ce cas, combien diffère le pronostic de l'anévrysme de la crosse aortique suivant son siège; si cette petite tumeur eût été placée en avant, elle serait peut-être passé inaperçue pendant des années encore; mais en arrière, elle se trouvait immédiatement en contact avec des organes importants qu'elle ne pouvait manquer de léser sérieusement, ce qui est arrivé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie et traitement des affections pleurales

I. Sur les mouvements de déplacement des épanchements pleuraux, par le docteur G. Gerharn (*Zeitschrift für klin. Medicin*, t. XI, 1586, fasc. 4, p. 303). — II. Sur le traitement des épanchements pleuraux purulents chez les adultes, par le docteur Hampeln. — *Ibidem*, t. X, fasc. 4, p. 384. — Ponction ou incision des empyèmes pleuraux, par le même (*Centralblatt für klin. Medicin*, 1886, nº 2). — III. Un empyème guéri par incision au XVIe siècle. — Observation extraite et traduite des *Miscellanea medica* de Smetius à Léda, par G. Waltz (*Virchow's Archiv*, 1886, t. CIV, fasc. 2, p. 391). — IV. Sur un cas de pleurésie hémorragique double, consécutive a une thrombose de la veine azygos, par le docteur Zahn (Ibidem, 1885, t. CII, fasc. 2, p. 345). — V. Sur un sarcome endothélial très volumineux de la plèvre droite chez un enfant de sept ans, par le docteur Hofmokl (*Archiv für Kinrderheilkunde*, t. VIII, p. 81). — Travaux a consulter.

I. De ses recherches personnelles, M. C. Gerhardt conclut que les opinions contradictoires émises par les auteurs au sujet de la possibilité des déplacements et des changements de niveau des épanchements pleuraux, en rapport avec les changements d'attitude des malades, s'expliquent par la variabilité des circonstances réalisées dans différentes observations. Dans les cas d'épanchements très volumineux, les mouvements qui se passent dans la masse liquide sont sans influence sur le niveau. Dans les cas d'épanchements anciens, les déplacements de niveau sont empêchés par des adhérences. Dans les cas d'épanchements de moyenne abondance et de date assez récente, il faut distinguer. Gerhardt a vu les déplacements de niveau en rapport avec les mouvements respiratoires manquer plus souvent qu'ils n'existaient. Leur absence ne justifie qu'en partie l'hypothèse d'adhérences emprisonnant le liquide épanché. Quant aux déplacements de niveau *immédiats* en rapport avec les changements d'attitude, M. Gerhardt les a vus manquer presque toujours. Au contraire, lorsque le changement d'attitude durait depuis un certain temps, il était de règle que les limites de la zone de matité se modifiassent. D'où M. Gerhard conclut qu'en pareils cas les déplacements du liquide épanché dans les plèvres sont entravés, non par des *adhérences* proprement dites, mais par un simple *accolement* des feuillets pleuraux; ainsi que l'avait déjà expliqué Laënnec, quand le pleurétique change d'attitude, des portions de poumon qui s'étaient affaissées se remplissent de nouveau d'air, et pour d'autres portions, c'est l'inverse qui a lieu. Aussi, quand l'épanchement est peu abondant, les

changements de niveau se font avec une grande rapidité sous l'influence des changements d'attitude, comme il est facile de s'en convaincre. La connaissance de ce détail permet souvent de diagnostiquer des épanchements pleuraux en voie de formation, à un moment où ils échappent aux recherches de la percussion.

II. Dans un travail recent (*Ibidem*, 1882, t. IV, fasc. 1 et 2, p. 248), Hampeln avait soutenu que dans les cas d'épanchement pleurétique purulent, de date récente, chez des adultes, la simple ponction avec un trocart de gros calibre (13 millimètres de diamètre de section), combiné avec le drainage de la cavité pleurale, présente les mêmes avantages que l'incision large avec résection de côtes, procédé qui est en faveur depuis quelque temps. M. Hampeln revient aujourd'hui sur cette question et publie, à l'appui de sa thèse, la relation sommaire de 16 cas d'empyème traités par « la ponction avec drainage », et qui se décomposent ainsi quant au mode de terminaison :

Dans 11 cas, la guérison a été obtenue, sans complication d'aucune sorte, après une durée moyenne de traitement de 52 jours (durée *maxima* 80 jours, *minima* 18 jours). Guérison incomplète dans deux autres cas où il s'agissait d'épanchements purulents de vieille date, avec perforation de l'empyème dans les bronches. Une résection costale pratiquée chez l'un de ces deux malades n'amena pas davantage de guérison. Trois malades sont morts. L'un était âgé de 62 ans, brightique, en proie au marasme; chez un second, l'empyème survenu consécutivement à une pneumonie avait guéri, lorsque le malade fut emporté par une néphrite aiguë; la néphrite et la terminaison fatale sont imputées par l'auteur à des applications « trop énergiques » d'iodoforme (16 grammes en quatre fois, dans l'espace de huit jours). Le troisième malade a succombé à une péricardite purulente au moment où la guérison de l'empyème était en très bonne voie. L'autopsie fit voir que la péricardite était de vieille date, qu'elle avait évolué parallèlement à la pleurésie.

C'est sur ces résultats que l'auteur se fonde pour conclure, qu'au point de vue du succès général, la ponction avec drainage mérite d'être placée sur la même ligne que l'opération radicale. Or, la première a l'avantage de la facile exécution. Voici d'ailleurs comment procède Hampeln. Une fois qu'il s'est assuré, par la recherche des signes stéthoscopiques, de l'existence d'un épanchement dans la plèvre, il pratique une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz munie d'une aiguille suffisamment longue, et il se trouve ainsi renseigné sur la nature du liquide épanché. S'agit-il d'un épanchement purulent, il procède à la ponction, avec ou sans l'intervention de l'anesthésie chloroformique. Il se sert d'une canule en argent, dont le calibre a déjà été indiqué plus haut. Celle-ci est laissée en place jusqu'au lendemain. Après écoulement du pus, on applique un pansement antiseptique. Le lendemain, on renouvelle le pansement après introduction d'un drain en caoutchouc de la grosseur du petit doigt. A partir de la seconde ou de la troisième semaine, on commence à raccourcir le drain, tout en surveillant avec soin la marche de la température et le déplissement du poumon. Le délai au bout duquel le drain peut être définitivement enlevé varie d'un cas à l'autre. L'iodoforme n'est employé qu'avec beaucoup de réserve et dans les cas d'empyème putride seulement, eu égard aux dangers d'une intoxication.

Dans trois des seize observations, l'empyème présentait les caractères d'un épanchement putride; l'auteur insiste sur ce que dans aucun de ces trois cas, il n'existait de signes de gangrène pulmonaire.

Dans l'article publié en dernier lieu par Hampeln, l'auteur relate une observation qui l'a fait revenir sur ses premières conclusions et donner la préférence au procédé de l'incision avec résection costale. Il s'agit d'un malade avec empyème, qui succomba aux suites de la ponction. L'autopsie fit voir que le trocart avait pénétré dans le foie, d'où était résulté un abcès traumatique dans l'épaisseur de cette glande!

III. L'observation publiée par Waltz est extraite des Miscellanea medica (liber X), de Henricus et Smetius, à Léda; elle présente un intérêt historique incontestable. Elle concerne un officier hollandais qui avait été frappé de deux coups de poignard sur la ligne mamillaire, entre les sixième et septième côtes à gauche. Cela se passait en 1574. La blessure eut pour suite immédiate un épanchement hémorrhagique dans la plèvre, qui suppura. Le malade, consumé par la fièvre hectique, se décida de faire le voyage de Heidelberg, pour recourir aux soins de son parent, le professeur Smetius, dont la relation porte ce qui suit : « Durant trois mois, le malade, contrairement à mes conseils, fit usage de potions, sans aucun résultat. Après qu'il eut maigri davantage encore et que l'anéantissement des forces fut arrivé à son comble, après que l'odeur fétide qu'il répandait, dans une chambre haute et bien aérée, lui fut devenue insupportable, après qu'il eut reconnu que toute la masse du pus épais et putride, sus-jacente au diaphragme, ne pourrait se vider à travers l'ouverture de la plaie, qui s'était rétrécie et presque oblitérée, à l'encontre des volontés de l'art, et à travers laquelle le pus ne s'échappait qu'en petites quantités au moment des quintes de toux et des efforts corporels, que sans cette évacuation il était voué à une mort certaine; il se décida, avec un courage viril, à subir l'opération qui lui était conseillée, opération dangereuse à la vérité, mais absolument nécessaire. Le 6 juillet 1575, je lui fis pratiquer par le chirurgien Johannes Alardini, un homme zélé et expérimenté, une ouverture de la largeur du pouce, entre les dixième et onzième côtes (*et inter costas nothas parti*), avec un scalpel français à large pointe (appelé Lancerta), et en un point préalablement marqué au charbon. J'introduisais ensuite, à travers l'ouverture, une pince en forme de bec de corbeau, que je promenais en tous sens dans la cavité thoracique. Ainsi furent détruites les adhérences qui tapissaient la face interne des côtes, et la cavité putride fut ouverte. Cette opération réussit sans accident, grâce à la bénédiction et à l'assistance de N.-S. Jésus-Christ que nous avions invoqué à genoux; aussitôt après l'incision il s'écoula une livre d'un pus épais, grumeleux, fétide, et pareille quantité ou un peu plus le lendemain; le troisième jour, même quantité; le quatrième jour, beaucoup moins, et le cinquième jour, à peine les traces. La cavité interne de la poitrine fut lavée activement au moyen d'injections d'*aqua mulsa* poussées à travers un siphon, jusqu'à ce que, au bout de quelques jours, le liquide sortît aussi clair qu'au moment d'entrer. » L'état du malade s'améliora rapidement. Les blessures se cicatrisèrent, mais on maintint ouverte pendant quelques mois l'incision pratiquée par le chirurgien « pour pouvoir éventuellement fournir une issue facile à un foyer de pus caché ou venant à se former à nouveau. » La guérison a été parfaite.

« Nous avons pratiqué l'incision, est-il dit encore, en bas et sur les côtés du dos, parce que, de cette manière, dans l'attitude assise comme dans le décubitus horizontal, le pus pouvait s'écouler commodément, et parce que le diaphragme n'est pas assez rapproché de cette partie pour pouvoir être lésée, et que le poumon, à ce niveau, forme une lame mince et descend à peine aussi bas, surtout pendant le décubitus dorsal. Nous avons fait pratiquer l'incision, non pas près du bord inférieur de l'une des côtes, mais aussi près que possible du bord supérieur, pour éviter les vaisseaux et les nerfs qui sont cachés dans la gonttière, creusée en quelque sorte pour cet usage, de la portion inférieure, la plus épaisse, de la côte. »

IV. Un cocher, âgé de 22 ans, fut admis à l'hôpital de Genève, avec les signes d'un épanchement pleural volumineux à gauche. Il mourut subitement, quelques instants après être entré à l'hôpital. A l'ouverture du cadavre, on constata l'existence d'un épanchement hémorrhagique dans les deux plèvres, plus abondant à gauche qu'à droite. Le liquide tenait en suspension des caillots d'un rouge foncé. La plèvre pariétale, notablement épaissie, présentait une teinte d'un rouge grisâtre. La branche droite de l'artère pulmonaire était obstruée par un embolus volumineux; plus en aval, les ramifications de l'artère étaient envahies par des thrombus de récente formation, qui n'avaient pas entraîné d'infarctus à leur suite. La veine azygos était obstruée par un autre thrombus qui adhérait trés solidement aux parois des vaisseaux. Toutes les ramifications veineuses afférentes étaient également thrombosées. On découvrit encore des thrombus dans la veine-cave inférieure, à la hauteur des veines rénales, dans le plexus pubien médian et dans le plexus vésical à droite, d'où le coagulum se poursuivait jusque dans la veine hypogastrique. Enfin, la veine demi-azygos était également obstruée par un thrombus organisé. Les parties molles de la paroi antérieure du bassin, à droite, étaient le siége d'une infiltration gélatineuse. Le périoste de la branche supérieure du pubis, de ce même côté, était en état d'hypérémie et notablement épaissi; sur l'os se voyait une fissure; les espaces médullaires étaient augmentés de volume, et la moelle, d'un rouge foncé par places, d'une consistance gélatineuse en d'autres points.

On apprit ensuite que, huit semaines avant sa mort, le malade avait reçu un coup de pied de cheval à la partie inférieure du ventre. C'est ce traumatisme qui, suivant Zahn, a été le point de départ de tous les accidents survenus chez cet homme : il y a eu d'abord contusion des parties molles et fracture de l'os par fissure simple, puis thrombose dans les veines du plexus pubien et vésical du même côté, inflammation du tissu cellulaire avoisinant, avec thrombose consécutive de la veine demi-azygos, de la veine azygos et des veines afférentes; finalement, épanchement hémorrhagique, par suite de la stase veineuse dans les plèvres, avec inflammation de cette séreuse.

V. Un garçon, âgé de 7 ans, présentait les signes d'un pyothorax à droite. Toutefois, une résistance insolite éprouvée par le doigt pendant la percussion de cette moitié du thorax, la distension excessive des veines superficielles de ce même côté, l'existence d'une ligne de démarcation très nette entre la zone de matité et la zone de résonnance normale, et surtout une voussure demi-sphérique du thorax, dans la région mamillaire, plaidaient en faveur de l'hypothèse d'un néoplasme. L'enfant succomba au bout d'un temps très court.

Autopsie : Presque toute la moitié de la cavité thoracique était occupée par un néoplasme adhérant partout très solidement à la plèvre. Des adhérences fixaient également la tumeur à plusieurs côtes et à une certaine étendue de poumon. Cet organe présentait partout un état normal sur des surfaces de coupe. L'examen histologique fit voir qu'il s'agissait d'un sarcome alvéolaire à grosses cellules, dont les éléments dérivaient, suivant l'auteur, de l'endothelium de la plèvre ou de celui des vaisseaux lymphatiques.

E. RICKLIN.

TRAVAUX A CONSULTER

I. *La pneumothérapie à la suite des épanchements pleuraux*, par le docteur CORVAL. *(Deutsche Archiv. für klin. Medicin.)*, t. XXXVIII, fasc. 1 et 2, p. 56, 1886.

II. *Recherches expérimentales concernant l'influence qu'exercent les diminutions de capacité de la cavité pleurale sur l'appareil circulatoire et spécialement sur le pouls, avec observations sur le pouls paradoxal*, par le docteur O. ROSENBACH. *(Virchow's Archiv.)*, t CV, fasc. 2, p. 215, 1886.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

DE LA PÉRITONITE PÉRI-HÉPATIQUE ENKYSTÉE, par le docteur DESCHAMPS, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Th. de Paris, 1886.

La péri-hépatite est une affection rare qui peut être *primitive* ou *secondaire*, succédant à l'extension des maladies des organes voisins.

Les causes de la périhépatite primitive sont les suivantes: les traumatismes, chutes, coups; tantôt le péritoine est directement enflammé, tantôt il s'agit plutôt d'une périhépatite secondaire, et c'est une contusion, une rupture ou une fissure des viscères de l'abdomen qui est le point de départ des accidents.

Le froid a été accusé à tord de produire la périhépatite. Dans certains cas, il semble au premier abord qu'on ait à faire à une périhépatite essentielle. Mais le plus souvent on peut la rattacher à des maladies aiguës de l'estomac ou de l'intestin guéries au moment du décès.

La dysenterie jouerait un rôle assez important dans l'étiologie de la périhépatite

Ordinairement, les péritonites périhépatiques sont secondaires. Elles sont causées par des maladies du foie, de l'estomac, du duodenum, de l'intestin grêle, du gros intestin, de la rate même. Ou bien elles sont dues à l'inflammation des séreuses voisines, à la pleurésie; enfin il n'est pas jusqu'à certaines maladies générales telles que la fièvre typhoïde et la tuberculose qui ne puissent les produire. Mais de toutes ces causes, les plus fréquentes siégent dans le foie ou les voies biliaires : abcès du foie, lithiase biliaire surtout, kystes hydatiques, etc. M. le docteur Deschamps cite un grand nombre d'observations intéressantes, dans lesquelles ces différentes causes sont relatées.

La péritonite périhépatique peut affecter différents sièges par rapport au foie, tantôt localisée à sa face supérieure, tantôt à sa face inférieure; elle peut aussi passer de l'une à l'autre ou rester localisée dans un point très limité, dans l'hypochondre droit, par exemple, en arrière du foie.

On peut diviser les péritonites circonscrites au pourtour du foie en péritonites sus-hépatiques et en péritonites sous-hépatiques.

Les organes qui forment les limites de la périhépatite enkystée sont toujours tapissés de fausses membranes plus ou moins épaisses, d'autant plus épaisses qu'on se rapproche davantage de la périphérie.

Elles sont composées en général de couches superposées de fibrine entremêlée de cellules embryonnaires et parcourues par des vaisseaux de nouvelle formation. De la face interne de la membrane enkystante peuvent partir des travées fibrineuses qui traversent la poche en divers sens, flottent librement dans son intérieur ou se détachent et constituent des détritus membraneux, parfois gangréneux et noirâtres.

Le contenu primitivement séreux peut se résorber, ou se transformer en pus, ou devenir sanglant et constituer une espèce d'hématocèle. Si les canaux biliaires se sont rompus, le liquide est de nature bilieuse. A la suite d'une perforation (intestin, estomac, poumon), la poche peut contenir des gaz.

La *symptomatologie* est souvent obscure. La douleur est le premier signe par lequel se traduit la périhépatite; habituellement fort vive, elle se borne, dans quelques cas, à une simple sensation de pesanteur de l'hypochondre. Elle est exagérée par la pression.

Par l'inspection, on voit que l'abdomen est déformé; il existe un ballonnement quelquefois considérable, localisé dans l'hypochondre droit. La peau peut être œdématisée, luisante, et la circulation collatérale fortement développée. Au lieu de respirer par le type abdominal, le malade respire par le mode pectoral. Par la mensuration, on voit qu'il existe une différence d'ampliation entre les deux côtés du thorax ou de l'abdomen.

Sous le bord des fausses côtes se trouve un empâtement douloureux, rénitent; il existe de la fluctuation et une matité variable.

La fièvre est modérée, 38, 39°. On observe des sueurs, des frissons, de l'ictère quelquefois. La céphalalgie, les troubles digestifs, la constipation ou la diarrhée, s'observent assez souvent.

La périhépatite peut passer inaperçue pendant la vie.

Le malade peut présenter certaines complications : pleurésie, pneumothorax, fistules hépato-bronchiques, péricardite. Les abcès peuvent s'ouvrir dans les voies digestives, ou spontanément vers l'extérieur.

Le diagnostic des abcès périhépatiques est rempli de difficultés; c'est une affection qu'il faut rechercher avec soin, et on ne la reconnaîtra le plus souvent qu'en passant en revue toutes les affections présentant des symptômes analogues. Le diagnostic ne peut être établi que par exclusion; souvent même, il ne l'est qu'à l'autopsie.

Les péritonites périhépatiques qui se terminent par résolution et guérissent sans suppurer sont rares et peu connues; celles qui suppurent se terminent par la mort, à moins que l'évacuation spontanée ou chirurgicale du pus ne permette le retrait de la poche purulente et la guérison.

CONSERVATION DES VIBRATIONS THORACIQUES DANS LES PLEURÉSIES AVEC ÉPANCHEMENT. — Thèse de Paris, par le docteur CHAMBOR.

Les vibrations thoraciques qui disparaissent habituellement quand un épanchement s'interpose entre le poumon et la paroi thoracique peuvent exceptionnellement persister dans le même cas.

Cette persistance des vibrations est imputable, dans certains cas, à la présence de fausses membranes cloisonnant le liquide. Cette disposition spéciale peut être diagnostiquée d'après les variations des vibrations suivant les points explorés.

Elle s'observe aussi dans les pleurésies non cloisonnées. Ce problème est dû, comme l'ont démontré Stroder et Guéneau de Mussy, à ce que les vibrations de l'air intra-pulmonaire se transmettent à travers une couche liquide avec une intensité qui varie selon le degré de tension de cet air : une tension modérée la favorise, un excès de tension la fait disparaître.

A. MARTHA.

DES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A CERTAINS SOUFFLES INTRA-CARDIAQUES ET EXTRA-CARDIAQUES PAR LES VARIATIONS RESPIRATOIRES, par M. BASTARD. — Thèse de Paris, 1886.

Pour établir le diagnostic différentiel entre les souffles qui se passent dans le cœur et ceux qui se passent en dehors de cet organe, on a donné des signes assez nombreux : on s'est basé sur le siège du souffle, sur le moment de la révolution cardiaque auquel il se produit, sur le timbre, l'inconstance, les modifications par les changements de position, etc.

Aucun de ces caractères ne permet de formuler sûrement un diagnostic différentiel, tandis que les modifications des souffles par la respiration peuvent être d'un grand secours. En effet, les souffles extra-cardiaques systoliques se modifient d'une façon presque constante sous l'influence des variations respiratoires. Les souffles organiques peuvent aussi se modifier sous la même influence, mais ces modifications s'opèrent en sens inverse.

L'auteur termine sa thèse par ces conclusions :

Les souffles organiques et les souffles extra-cardiaques se modifient peu dans le cours de la respiration normale.

Le souffle intra-cardiaque d'insuffisance auriculo-ventriculaire augmente dans les fortes inspirations; il s'atténue et peut même disparaître en partie dans l'expiration forcée.

Le souffle extra-cardiaque systolique augmente dans l'expiration forcée; il diminue, quelquefois même il peut cesser complètement, dans l'inspiration profonde et dans l'arrêt inspiratoire prolongé. A. M.

DU RÔLE DE LA CONGESTION DANS LES MALADIES DES VOIES URINAIRES, par le docteur TUFFIER, prosecteur de la Faculté. — Thèse de Paris, 1885.

La congestion, premier terme de l'inflammation, est remarquable par sa mobilité. Susceptible de provoquer les accidents mécaniques les plus inattendus, elle peut disparaître rapidement sans laisser trace de son passage. L'inflammation plus lente au contraire dans ses manifestations est plus durable dans ses effets. Tandis que la première ne peut être étudiée qu'en étant surprise, la seconde se prête par sa persistance plus volontiers à l'examen anatomique ou clinique. En somme les phénomènes congestifs sont peu connus; quant à ceux du

rein, de la vessie et de la prostate, ils n'ont été jusqu'ici l'objet d'aucun travail d'ensemble spécial. Il convient cependant de signaler la magistrale leçon de M. Albert Robin sur *la congestion rénale primitive* parue ici même dans les numéros du 14, 21 et 28 février 1885 pen de temps avant l'apparition du présent travail.

L'auteur se base avec raison sur la richesse vasculaire et les propriétés physiologiques spéciales de l'appareil urinaire de l'homme pour expliquer la facilité avec laquelle il se congestionne. Les anastomoses des veines vésicales, rectales et prostatiques, forment un carrefour veineux établissant une réelle solidarité circulatoire. En tous cas, la congestion, élément de premier ordre dans la symptomatologie et les complications des affections de cet appareil, se traduit au niveau des reins par de la polyurie et exceptionnellement par de l'hématurie. L'expérimentation démontre qu'elle peut survenir par action réflexe toutes les fois que la vessie est distendue ou froissée.

L'albumine a été vainement cherchée dans des urines de prostatiques; sa réaction a constamment fait défaut même dans les cas de fièvre urineuse. Il est à supposer que le raptus congestif suffisant pour faire transsuder la partie aqueuse de l'urine est impuissant à lui seul à faire exosmoser l'albumine.

Sur un rein normal, la congestion ne provoque aucune complication; mais, sur un rein déjà malade, la néphrite suppurée peut en être la conséquence. Ne pas oublier cependant que l'état congestif de l'organe, qu'il soit aigu ou chronique, a une importance considérable dans l'évolution des lésions anatomiques : il joue un rôle marqué dans la marche clinique et dans le pronostic de la maladie. Pour ce motif, les efforts du chirurgien devront tendre à en prévenir les effets.

Tandis que l'hématurie n'est qu'un symptôme exceptionnel de la congestion rénale, le pissement de sang acquiert une valeur séméiologique de premier ordre dans les cas où la vessie se trouve atteinte. Il est provoqué par la présence d'une tumeur bénigne ou maligne, ulcérée ou non; il s'arrête par la taille hypogastrique, par l'extirpation ou le râclage du néoplasme. L'hématurie de la cystite tuberculeuse est aussi d'origine congestive et peut être rapprochée de l'hémoptysie de la tuberculose pulmonaire. Très abondante au début, elle diminue avec l'extension des lésions pour disparaître à la période ultime de la maladie.

Si la congestion ne peut déterminer l'hypertrophie prostatique, il n'en est pas moins vrai qu'elle se trouve entretenue par cette dernière une fois créée, et alors la miction devient plus fréquente, surtout dans la deuxième moitié de la nuit, en même temps que des érections fatigantes se manifestent. Bien plus, cette lésion mécanique détermine une stagnation d'urine avec congestion rénale réflexe accusée par de la polyurie.

A côté de la rétention et de l'hématurie, les deux complications les plus importantes de l'hypertrophie de la prostate sont la cystite et la néphrite. Aussitôt que l'un des trois groupes de la triade urinaire vient à s'enflammer, les autres subissent le même sort et déterminent les accidents graves et souvent ultimes de la maladie.

Le traitement des prostatiques consistera principalement à éviter ou à combattre les phénomènes congestifs. En même temps qu'on observe une hygiène rigoureuse, se garder des refroidissements et des fatigues exagérées. Uriner dès que le besoin s'en fait sentir et éviter la constipation. N'avoir recours au cathétérisme que s'il y a stagnation d'urine.

Les rétrécissements de l'urèthre peuvent être, quoique plus rarement, le siège de congestione amenant une difficulté passagère de la miction on une rétention complète. Cet accident est justiciable du traitement médical : grands bains chauds et prolongés, saignée locale de quinze à vingt sangsues au périnée, belladone, chloral, morphine.

Le rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires chez la femme est fort important en raison de la solidarité vasculaire de l'utérus et de la vessie.

Le travail de M. Tuffier, dont nous venons de présenter l'analyse, constitue une étude remarquablement conduite. Elle se base sur des observations aussi intéressantes que nombreuses principalement puisées dans le service de M. Guyon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MALADIES CHIRURGICALES DU DIAPHRAGME, par A. DELAHOUSSE.— Thèse de Paris, 1885.

La contribution apportée par l'auteur est, il faut l'avouer, bien faible, puisqu'elle se résume à quatre observations, relevées dans la littérature médicale, de hernies diaphragmatiques consécutives à des plaies ou déchirures du muscle inspirateur. La partie véritablement clinique n'est pas traitée; seule, la technique opératoire, recommandable dans ces cas, se trouve exposée avec de suffisants détails. Après avoir pratiqué une incision large de 8 à 10 centimètres partant du bord gauche de l'appendice xiphoïde, dirigée de haut en bas et longeant à 1 centimètre les cartilages costaux sans dépasser le huitième, il convient, les parties étranglées réduites, d'aviver les bords de l'ouverture fistuleuse et de les réunir. Ce dernier temps comprend plusieurs phases : adossement de la séreuse pleurale et du tissu musculaire, suture de deux lambeaux péritonéaux renforcés, si possible, par l'adjonction d'un lambeau épiploïque.

ETUDE SUR LA RÉSECTION DU COUDE DANS LA TUMEUR BLANCHE, par COTTON, interne des hôpitaux. —Thèse de Paris, 1885.

La résection du coude est une opération de date ancienne, puisqu'elle remonte à Vainman, qui l'aurait pratiquée vers 1758 pour la première fois. Il s'agissait d'une luxation compliquée de plaie, et la guérison serait survenue sans l'ankylose à laquelle on s'attendait. Utilisée depuis soit dans les cas de fractures consécutives à des coups de feu, soit pour diverses lésions, elle est devenue une opération courante, absolument recommandable, parce qu'elle laisse au malade un membre utile dont le priverait l'amputation, parce que la mortalité est fort peu élevée. Dans le traitement de la tumeur blanche, elle est d'autant moindre que les sujets opérés sont plus jeunes. Il convient, en tous cas, de bien choisir le moment de l'intervention. Si l'on ne doit pas opérer trop tôt, surtout chez des enfants où les arthrites fongueuses peuvent guérir spontanément, il importe aussi de ne pas laisser succomber à l'épuisement et à la tuberculose des malades dont les parties molles péri-articulaires nécessaires à la reconstitution d'une articulation sont détruites par la suppuration, dont les viscères sont le siège de dégénérescences diverses. A l'exemple de Syme, il semble indiqué d'intervenir dès que la transformation purulente est menaçante. Telle serait la cause des plus nombreux succès obtenus en Angleterre.

Les résultats fonctionnels sont assez satisfaisants pour donner aux chirurgiens une confiance entière. La possibilité d'une

régénération complète des parties réséquées, au moins chez les jeunes sujets dont le périoste se trouve épaissi par une inflammation lente, est si peu contestée que les opérateurs redoutent moins aujourd'hui le défaut que l'excès des reproductions osseuses. Pour ce qui est du manuel opératoire, il existe des procédés nombreux qu'on peut ramener à deux types constituant en réalité deux méthodes distinctes, celui des incisions curvilignes ou composées, celui de l'incision longitudinale postérieure. A ce dernier peut être rattachée l'incision en baïonnette d'Ollier se réduisant à très peu près à une ligne droite.

De la gastrite phlegmoneuse, par J.-M.-A. Sébillon. Thèse de Paris, 1885.

L'infiltration purulente de l'estomac ou gastrite phlegmoneuse a surtout été étudiée à l'étranger. Sur 21 observations rapportées par M. Sébillon, 2 seulement appartiennent à des médecins français. Attribuée tour à tour à l'abus de l'alcool, à l'influence du froid, à l'action d'un traumatisme, à la mauvaise nourriture et aux privations, elle est avant tout d'origine infectieuse, et sa marche, sa durée, sa terminaison, la rangent à côté de l'ostéomyélite de même nature. On a, du reste, trouvé dans les tissus de l'estomac un microcoque du genre streptococcus. Bien que cet organisme ne paraisse avoir rien de spécifique et qu'il ait plutôt l'air de se comporter comme un microbe pyogène banal, il n'en engendre pas moins l'inflammation des parois stomacales.

En raison surtout de ce que le pronostic est ordinairement fatal, il est regrettable que l'auteur n'ait pas synthétisé les observations qu'il rapporte pour présenter un exposé aussi complet que possible des symptômes de cette affection.

De l'atrophie du triceps crural dans les fractures de la rotule, par E. Deseuche. — Thèse de Paris 1885.

Bien qu'il soit de toute utilité de chercher à réunir, par un cal osseux ou fibreux aussi court que possible, les bords d'une rotule brisée, il n'est pas moins vrai que l'impotence fonctionnelle consécutive, souvent observée, est en rapport avec l'atrophie du triceps et non avec l'écartement des fragments, dont le rôle est secondaire. C'est ce qui ressort des leçons professées en 1880, par M. Verneuil, de l'intéressante discussion survenue à la Société de chirurgie, le 7 novembre 1805, des mémoires de Petit, Picqué, Labonne... M. Gosselin seul, réfute cette cause, qu'il met, dans une lettre écrite à M. Berger, sur le compte de l'arthrite douloureuse de la raideur articulaire.

Il importe de se rappeler que dans une fracture de la rotule, le vaste interne et le vaste externe continuent à s'insérer au fragment inférieur, au ligament rotulien, à l'extrémité supérieure du tibia, et que leurs actions peuvent suppléer l'insuffisance des contractions du droit antérieur. L'atrophie du triceps crural qu'on observe souvent n'est pas liée à l'écartement des parties fracturées, mais bien à l'arthrite concomitante, comme il est classique de l'observer, alors même que la rotule est indemne. Son pronostic est variable; tantôt définitive et constituant alors une véritable infirmité, elle peut aussi disparaître complètement par le massage et l'électrisation. Ceci explique les succès obtenus par le procédé de Tilanus.

La théorie de l'impotence du triceps démontre l'inutilité de la suture osseuse pour ramener l'extension. Outre que cette opération a plusieurs fois occasionné la mort, l'auteur se base sur des observations nombreuses, principalement puisées dans la littérature médicale étrangère, pour démontrer qu'elle a souvent été suivie de la suppuration de l'articulation ou de l'ankylose. Et alors même que, dans des fractures récentes, l'affrontement des fragments a permis la formation d'un cal très court, toutes les causes de l'impotence n'ont pas été levées. Il y a donc autre chose à incriminer ici que la longueur du l'absence du cal, ce quelque chose, c'est l'atrophie souvent paralytique du triceps.

La suture est tout aussi inefficace, dans le traitement des fractures anciennes, lorsqu'en définitive elle semble absolument indiquée, c'est plutôt encore à l'électrisation du muscle qu'il faut avoir recours.

La conséquence est, qu'en présence d'une fracture de la rotule, il convient d'immobiliser le membre dans une gouttière, de faciliter la guérison de l'arthrite concomittante, par la vésication ou la ponction, de maintenir les fragments rapprochés. La douleur articulaire disparue, soumettre le triceps à l'action de courants continus et au massage, pour prévenir l'atrophie et, le membre libéré de tout appareil, au bout de trois semaines, on commencera les mouvements passifs.

Le travail de M. Deseuche est bien conçu et bien écrit. Remarquable de clarté et de logique, il a pour point d'appui plus de cinquante observations.

De la mensuration du fémur, par M. Badet. — Thèse de Paris, 1885.

Le chirurgien ne saurait avoir en sa possession trop de moyens diagnostiques. Si dans les lésions du fémur, la déformation, l'impotence fonctionnelle, la crépitation... sont des symptômes de premier ordre, les résultats fournis par la mensuration ne sont pas absolument négligeables. Outre qu'ils peuvent aider à établir le siège du mal, ils permettent de juger d'une manière certaine la valeur du traitement employé.

Mais, la mensuration du fémur n'est pas chose aussi facile qu'on pourrait le supposer tout d'abord. Si l'on trouve, pour le pratiquer, un point de repère, à la partie inférieure, il n'en est pas de même pour la partie supérieure, assez profondément cachée dans les tissus, et force est de le prendre sur le bassin. Il devient alors la cause principale des variations physiologiques que M. Badet cherche à supprimer.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la discussion qu'il entreprend pour démontrer que la flexion et l'abduction, éloignant la cuisse de la position favorable, c'est-à-dire de la ligne réunissant l'épine iliaque au centre articulaire, augmentent les erreurs et doivent être évitées; que l'extension et l'abduction, agissant d'une façon opposée, doivent être recherchées.

Il est impossible d'entrer dans le détail des procédés employés pour obtenir de la mensuration des résultats précis; il suffit de dire qu'ils se divisent en deux classes: les uns cherchent à supprimer les erreurs dues aux déplacements du fémur, en mettant les membres dans des positions symétriques; les autres rendent cette symétrie inutile, en permettant l'opération dans toutes les situations. L'avantage reste à ces derniers, qui peuvent s'appliquer à tous les cas.

Essai sur la pathogénie des ulcères variqueux, par Gérard. — Thèse de Paris, 1885.

Il est certain que les personnes atteintes de varices sont particulièrement exposées aux ulcères, mais il s'agit de savoir s'il y a réellement entre ces deux affections une relation de

cause à effet. C'est après une étnde approfondie de l'anatomie et de la physiologie dn système veineux, des lésions dont il peut être l'objet, dn rôle joné sur les vaisseanx hlancs dans la genèse de l'ulcération, qne l'anteur est condnit à admettre l'existence de deux diathèses spéciales bien distinctes, l'une purement variqneuse, l'autre purement lymphatique. Si la première détermine sonvent dee plaies dont le foyer est essentiellement hémorrhagique, par contre la seconde prédispose aux affections primitives dn système lymphatique et par conséquent aux ulcères variqneux lymphatiques, à l'exclusion des dilatations primitives veineuses. Ces deux états ont souvent nne certaine connexion entre eux et penvent coexister ensemble ; mais les ulcères purement lymphatiqnes ont une entité propre et sont plus difficiles à guérir qne les ulcères variqueux simples, tenus sons la seule dépendance d'une altération veineuee.

Des fractures anciennes de la rotule. — Anatomie et physiologie pathologiques. — Pronostic et traitement, par Chaput, prosecteur de la Faculté. — Thèse de Paris, 1885.

L'appareil rotulien (rotule et ailerons ligamenteux) fonctionne sur la trachée fémorale comme « une jugulaire sons un menton ». Se trouvant répondre pendant le jeu de l'article à des parties de plus en plus larges, il finit par être trop petit pour les contenir et limite ainsi l'étendue des mouvements. Modifié dans les fractures anciennes soit au niveau des parties fibreuses, soit an niveau de l'os lui-même, il devient cause efficace de raideurs ou d'ankyloses partielles.

Les troubles fonctionnels consécutifs aux fractures de la rotule sont de deux ordres ; ils consistent ou en défaut d'extension ou en défaut de flexion. Les premiere s'expliquent par l'atrophie musculaire qui succède à toute inflammation articulaire et peut-être, dans certains cas, à une rupture ligamenteuse étendue. Les seconds reconnaissent presque toujours comme cause un rétrécissement de la jugulaire rotulienne dépendant eoit des parties fibreuses, eoit de la rotule ellemême.

La consolidation de la fracture peut s'obtenir de plusieurs façons. Si l'os n'a pas augmenté de longueur, la restitution des mouvements est complète par cal osseux ou fibreux ; mais devenu rigide avec allongement de son diamètre vertical, la flexion ee trouve gênée. Les fonctions restant bonnes avec un cal flexible ayant moins de 2 centimètres d'épaisseur ; s'il en mesure de 2 à 5 dans l'extension, la flexion est limitée par le fragment supérieur dont le tubercule d'arrêt vient limiter la crête articulaire ; avec un cal épais de 5, 6 et 12 centimètres, la flexion est parfaite et l'extension se fait généralement bien. Ces différentes manières d'être justifient les cinq types de fractures établis par l'auteur.

Le pronostic dépend naturellement de la variété anatomique du mode de consolidation. Il est encore influencé par l'âge du blessé et par la durée de l'immobilisation.

Le traitement à employer pour les fractures récentes de la rotule diffère de celui qu'il convient de prescrire pour les fractures anciennes. Tandis que dans les premières l'immobilisation, la compression unie au massage suivant le procédé de Tilanus, l'application de la griffe, la suture osseuse primitive, sont recommandables, les bains sulfureux, les douches, l'électrisation, seront suivis d'excellents résultats utilisés contre les anciennes raideurs. Dans le ces d'une flexion imparfaite à cause dn mode de consolidation, on pourra pratiqner soit l'ablation dn fragment supérieur, soit même de tonte la rotule, en prenant soin de ne pas intervenir avant qu'nne année ne soit écoulée depuis la fracture. Qnant à la suture osseuse secondaire, elle sera rarement justifiée.

Le travail de M. Chaput, dont noue venons de présenter une brève analyse, s'appuie sur l'examen de pièces anatomiques abeolument probantes et sur de fort nombreuses et très intéressantes observations cliniques. Les descriptions et interprêtations sont rendues parfaitement tangibles à l'aide d'une série de dessins relatifs à la physiologie normale de la rotule et aux différents types de fractures observés.

Sur quelques points de physiologie chirurgicale du membre inférieur comme introduction a l'étude de la coxalgie, par L. Monnier. — Thèse de Paris, 1886.

La longueur du membre inférieur, absolue ou relative, étant modifiée par un aesez grand nombre d'affections, il importe de bien connaître la valeur moyenne de celle qu'il présente normalement. Invariable, anatomiquement parlant, puisqu'elle n'est autre que la somme des trois segments, elle change au point de vue physiologique, représentée qu'elle est par l'axe de l'appareil iléo-crural.

Ces variations paraissent devoir être étudiées dans des conditions diverses sur un membre détaché du tronc ; en rapport avec le baesin, avec son congénère et avec la colonne vertébrale, à l'état de repos comme support du tronc, à l'état d'activité comme agent de locomotion. Lee développements, fort intéressants du reste, dans lesquels l'auteur est entré, prêtent peu à l'analyse. Qu'il suffise de dire combien, grâce à eux, l'étude eymptomatique de la coxalgie est simplifiée. Les situations vicieuses que cette affection présente ont leurs homologues dans l'état normal et restent par conséquent justiciables dee mêmes procédés de mensuration.

Du sarcocèle syphilitique a début inflammatoire et douloureux, par L. Cassine. — Thèse de Paris, 1886.

Les manifestations syphilitiques ordinairement indolentes peuvent parfois revêtir un cachet franchement phlegmasique. La vérole n'évolue pas nécessairement à froid. Comme la plupart des viscères, du reste, le testicule atteint par la diathèse est susceptible de s'enflammer et de devenir douloureux. Ricord l'avait déjà remarqué en 1838, mais il a fallu la contribution apportée par Letelleur, Duplay, Broca, Reclus, Dieulafoy et Fournier pour faire considérer le fait comme nettement établi. Les douze observations publiées ou inédites que donne M. Cassine en sont de nouvelles preuves.

L'on devra songer au début inflammatoire et douloureux du sarcocèle syphilitique lorsqu'un malade, exempt de blennorrhegie, avec un canal de l'urèthre en parfait état, non rétréci, non contus, la prostate et le col vésical se trouvant indemnes de toute lésion, présentera des eymptômes à peu près semblables à ceux que l'on observe dane l'orchite blennorrhagique. Le diagnostic se fait eurtout par l'élimination des causes provocatrices de l'inflammation testiculaire simple et l'on devra se souvenir que les opérations pratiques sur l'urèthre telles que le cathétérisme, l'application d'une sonde à demeure, la lithotritie on la taille, la présence d'un calcul dans le réservoir urinaire, la mastnrbation invétérée et les maladies générales peuvent la déterminer.

Le traitement spécifique est d'une telle efficacité qu'il constitue encore ici une vraie pierre de touche.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MALFORMATIONS DU CŒUR (COMMUNICATION INTERVENTRICULAIRE), par L. LAVERGNE. — Thèse de Paris, 1886.

L'anatomie et la physiologie expliquent les malformations cardiaques. L'auteur, se rattachant à l'opinion de Rokitansky, admet que la cause doit en être cherchée dans un défaut de cloisonnement des artères partant des ventricules ; le septum artériel, se développant le premier, entraîne le reste de la monstruosité.

Trois observations fort intéressantes et accompagnées de beaux dessins, prises dans le service de M. Labric, forment la base de ce petit travail. La malformation décrite dans la première entre dans la classe de celles que le professeur de Vienne fait provenir d'une absence totale du septum ventriculaire antérieur, tandis que la deuxième et la troisième sont relatives à l'absence de sa seule partie postérieure.

CH. AMAT.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Grasset, professeur de thérapeutique et matière médicale, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de clinique médicale.

— M. Chalot est nommé professeur de pathologie externe à partir du 1er novembre 1886.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. le docteur Demons, chargé des fonctions d'agrégé, est nommé professeur de clinique externe à partir du 1er novembre 1886.

***

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. Baudry, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à partir du 1er novembre 1886.

***

SERVICE PHARMACEUTIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS. — M. Meallière, pharmacien, est nommé à l'hôpital du Midi ; M. Béhal (Auguste), à l'hôpital Bichat, et M. Berthoud (Philippe-Auguste), à l'hospice des Incurables.

***

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 21 août 1886, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur les membres du corps de santé militaire dont les noms suivent, qui ont fait partie de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam, savoir :

Au grade de chevalier.—MM. les médecins majors de deuxième classe Cardot, Joannet et Durand.

M. le médecin aide-major de première classe Bodiner ;

M. le pharmacien aide-major de première classe Manget.

***

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Au congrès du 19 août, tenu à Nancy, l'Association française a élu pour la section des sciences médicales, par 29 voix, M. le docteur Pamard (d'Avignon), président de ladite section, pour la session de 1887, contre 17 voix à M. le professeur Grasset (de Montpellier), sur 46 votants.

***

LA VARIOLE A MARSEILLE. — Le *Lyon médical*, tout en signalant la décroissance de l'épidémie de variole qui sévit à Marseille depuis le 1er juillet 1885, souligne le chiffre de *mille neuf cent soixante-douze décès*, relevé à la statistique municipale, depuis le début de l'épidémie jusqu'au 30 juin 1886. La moitié environ des personnes décédées sont âgées de moins de 10 ans.

Elles sont bien légitimes les conclusions votées par la section d'hygiène au Congrès de Nancy :

1o Faire un loi déclarant obligatoire la vaccination et la revaccination sur le sol français.

2o Créer dans tous les chefs-lieu de département des instituts vaccinifères.

***

LES FEMMES-MÉDECINS EN PRUSSE. — En vertu d'une décision prise par le ministre de l'instruction publique, les femmes ne pourront être admises ni comme étudiantes ni comme auditrices dans aucune des Universités prussiennes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885-86.

1. M. Delpierre (Casimir-Victor). De l'influence de l'atrophie du triceps crural sur la production de l'hydarthrose du genou. — 2. M. Bourgois (Louis-François). Etude anatomique et pathologique sur le sinus maxillaire dans ses rapports avec les dents. — 3. M. Delplanque (Pierre-Emile-Frédéric). Des difformités congénitales produites sur le fœtus par la contraction musculaire. — 4. M. Delporte (Henri-Paul). De la conservation dans les plaies pénétrantes compliquées des articulations. — 5. M. Prévost (Auguste-Edouard). Contribution à l'étude de la syphilis osseuse. Fractures spontanées des os longs chez les syphilitiques. — 6. M. Prédhomme (Louis-Fernand). Contribution à l'étude de l'arthropathie ataxique. — 7. M. Morelle (Émile-François-Joseph). Recherche des leucomaïnes dans la rate. — 8. M. Lebrun (Aristide-Homère). Du vitiligo d'origine nerveuse — 9. M. Baude (Oscar-Henri-Edouard). Contribution à l'étude du chancre simple. Chancre simple papuleux. — 10. M. Molhant (Ernest-Henri-Augustin). Fistule borgne interne du rectum. — 11. M. Villette (Théodore-Jules-Louis-Marie). Contribution à l'étude du béribéri. — 12. M. Meyer (Marie-Joseph-Edouard). Recherches expérimentales sur la réfrigération des mammifères.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 22 AU SAMEDI 28 AOUT 1886

Fièvre typhoïde 25. — Variole 1. — Rougeole 17. — Scarlatine 8. — Coqueluche 7. — Diphthérie, croup 29 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3 — Infections puerpérales 1 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 38. — Phthisie pulmonaire 167. — Autres tuberculoses 19. — Autres affections générales 61 — Malformation et débilité des âges extrêmes 39. — Bronchite aiguë 28 — Pneumonie 50. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 105. — au sein et mixte 51. — Inconnu 9 — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 64. — de l'appareil circulatoire 51. — de l'appareil respiratoire 44 — de l'appareil digestif 42 — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 14. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 937 décès.

Fournitures de **librairie** *et* **impression** *de mémoires, brochures, etc., etc. — Octave Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon.*

Toute demande de livres édités *personnellement* par M. Doin, dépassant 30 francs et accompagnée d'un mandat postal ou d'une valeur sur Paris, sera servie franche de port, partout où parviennent les colis postaux, avec une remise de 15 0/0 sur les prix marqués.—Sur tous les autres ouvrages scientifiques ou littéraires publiés par les autres éditeurs, la remise ne serait que de 10 0/0 et l'envoi franc de port.— Sur les demandes inférieures à 30 francs, ou sur les ouvrages expédiés par la poste, aucune remise ne peut être accordée.

Pour les impressions : Les conditions seront à débattre préalablement avec M. Doin, qui fournira des devis et traitera à forfait.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Au moment où chacun se préoccupe de choisir sa station pour les vacances, nous signalons à nos lecteurs un volume qui vient de paraître sous le titre de *Climatothérapie*, dû au docteur H. Weber, de Londres, et traduit en français par MM. Doyen et Spillmann.

Après avoir rappelé les notions météorologiques applicables à la médecine, la composition de l'air, sa température, sa distribution géographique, l'auteur étudie l'humidité, ses variations, son influence sur nos organes; la rosée, les brouillards, la pluie, l'électricité, l'ozone. Il énumère les caractères propres à chaque climat et les indications qu'on en doit tirer pour le traitement des maladies chroniques.

M. Weber entreprend ensuite un véritable tour du monde au point de vue de la climatothérapie et signale tous les points du globe où les malades peuvent trouver des *sanatoria*. Sur toutes ces stations, il donne des renseignements précis. Ce livre est un véritable guide à travers le monde entier, que liront avec intérêt les bien portants aussi bien que les malades et les médecins pour lesquels il est écrit.

Un vol. in-8. — Prix : 6 fr. — Paris, chez Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cᵉ.

Kystes hydatiques des os (Thèse d'agrégation, 1886), par le docteur Gandolphe. Grand in-8 de 200 pages, avec 4 planches—Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Du sommeil non naturel, ses diverses formes, par le docteur H. Barth, médecin des hôpitaux. Grand in-8 de 190 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

La Gazette des Eaux met en vente aujourd'hui l'*Annuaire des Eaux minérales de la France et de l'Étranger*. Ce volume, mis au courant chaque année, contient la nomenclature des stations françaises et des principales stations étrangères : classement des eaux minérales selon leur nature, tableau de leurs indications thérapeutiques; notices sur les stations les plus recherchées; renseignements pratiques; moyens de communication; services spéciaux des chemins de fer, etc. Volume in-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris. — Librairies Gauthier-Villars, Jacques Lechevallier, Coccoz, etc.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES PROSTATITES CHRONIQUES. — Leçon clinique de M. le professeur GUYON, faite à l'hôpital Necker, et recueillie par M. le docteur Ernest DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Il ne faudrait pas conclure, de ce peu de fréquence, que la prostatite n'existe pas; nous en avons des exemples, et je tiens précisément à opposer le tableau clinique qu'ils présentent à celui qu'offrent les névropathes dont je vous parlais. Aussi dois-je vous donner les éléments du diagnostic et rechercher les signes subjectifs et objectifs de la prostatite chronique vraie. Les premiers sont peu nombreux et peu marqués; les troubles de la miction sont très rares et toujours peu prononcés; l'éjaculation peut être douloureuse et laisser surtout après elle une sensation pénible; cela pourtant est rare, de même que la sensibilité générale de la région périnéale; elle varie suivant l'impressionnabilité du sujet. Quelquefois le liquide éjaculé est légèrement teinté de sang, mais alors la douleur est plus vive; il est probable qu'il existe concurremment une vésiculite. On voit par cet exposé, le peu de valeur des symptômes subjectifs et, en particulier, de la douleur.

L'étude des signes objectifs consiste tout d'abord dans l'examen des produits prostatiques. Je ne reviendrai pas sur les indications que je vous ai données sur ce sujet au début de cette leçon, mais je vous engage à observer une réserve extrême à cet égard, lorsque les produits de sécrétion vous sont apportés par le malade et que vous n'avez pas fait sourdre le liquide vous-même au cours de votre examen. La constatation *de visu* vous manque le plus souvent, et l'analyse microscopique des liquides faite dans ces conditions vous expose à bien des erreurs sur le détail desquelles je ne puis entrer ici; je me borne à vous rappeler que les deux éléments que vous rechercherez principalement, les granulations et les leucocytes, peuvent avoir leur source ailleurs que dans la prostate. Ce n'est donc que lorsque le liquide sortira en assez grande abondance, coup sur coup, par une sorte d'éjaculation, que vous serez en droit d'en admettre l'origine prostatique. Par contre, il faudra avoir présent à l'esprit cet autre fait que certaines inflammations de la glande ne provoquent pas d'hypersécrétion et que quelques prostatites chroniques peuvent être plus ou moins sèches, sans catarrhe concomitant.

L'examen direct du malade sera l'objet d'une attention particulière de votre part. Deux voies s'offrent à vous pour cela : l'urèthre et le rectum. Bien que cette dernière exploration vous fournisse des renseignements bien plus précieux que la première, néanmoins vous ne négligerez pas le cathétérisme. Là encore, vous rencontrerez une cause d'erreur facile à éviter. En effet, la région membraneuse est la plus sensible

FEUILLETON

UN MÉDECIN PHILOSOPHE ET ÉRUDIT. — CONSTANT SAUCEROTTE (1).

Quelle physionomie intéressante et attrayante à bien des points de vue que celle du docteur Constant Saucerotte, ce médecin de Lunéville, né à Moscou, en 1804, d'un père dentiste et dont le grand-père avait été chirurgien du dernier roi de Lorraine, Stanislas! C'est de cette figure on ne peut plus originale et à la fois multiforme que M. le professeur Herrgott nous a si exactement reproduit les traits dans une notice lue à l'Assemblée générale annuelle des médecins de Meurthe-et-Moselle. Son biographe nous montre tour à tour le philosophe, le lettré, le médecin, le naturaliste. On pourrait de plus ajouter encore le romancier, car Saucerotte a publié en 1844 un roman, dit roman philosophique, sous ce titre : *Avant d'entrer dans le monde.*

(1) D'après la notice du professeur Herrgott (Nancy, Berger-Levrault, 1885).

C. Saucerotte, avant même d'être reçu docteur, avait déjà fait paraître un volume sur l'hygiène des classes industrielles, livre qui a eu l'honneur d'une seizième édition en 1880 sous le titre : *Petite hygiène des écoles.* La même année, il publiait dans les BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE un mémoire sur le siège du rhumatisme musculaire, mémoire que M. E. Besnier, en 1877, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, citait comme le point de départ d'une doctrine nouvelle adoptée sur cette question. Mais ce fut dans sa thèse inaugurale, dans son *Essai sur les altérations des liquides*, qu'il se révéla comme penseur et comme homme courageux. Il faut se reporter à l'année 1828, dit son biographe, et rappeler l'élan de la jeunesse médicale à la suite de Broussais, l'entraînement exercé par la voie ardente du novateur et par le double attrait de la simplicité et de la nouveauté de la doctrine, pour comprendre le courage de celui qui osait résister au torrent et avertir du danger vers lequel on se précipitait. Son langage est aussi ferme au fond que dans la forme :

« Il n'est pas de notre objet, disait Saucerotte, dans l'avant-propos de sa thèse, d'examiner si l'auteur de l'Examen resta dans la voie d'une observation sévère lorsqu'il fit de l'Irritation la base

de tout l'urèthre, et cette sensibilité s'exagère presque en raison directe de l'impressionnabilité du sujet; on peut affirmer que tout homme entaché de névropathie à un degré quelconque réagira fortement quand un instrument arrivera au contact du sphincter membraneux. Or, un médecin non prévenu de ce fait pourra se croire dans la prostate, alors qu'il ne fera que franchir la région membraneuse, et celà d'autant mieux que dans beaucoup d'ouvrages il est écrit que la traversée de la région prostatique est très douloureuse, ce qui n'est pas exact.

Les plaintes du patient conduiront à admettre à un état exceptionnellement douloureux de l'urèthre postérieur et par suite l'inflammation de la région prostatique. En présence de malades de ce genre, il importe donc de se rendre un compte des plus exacts de la région de l'urèthre que l'instrument parcourt, et il faut savoir que les malades atteints de fausses prostatites, les névropathes, accuseront une vive douleur au niveau d'un certain point de l'urèthre, qui est la région membraneuse; la traversée de la prostate sera au contraire à peu près indolore. Ne croyez pas, par contre, que dans les prostatites vraies l'introduction de l'instrument fera naître des douleurs intenses. Cet examen sera, au contraire, bien supporté dans la plupart des cas, et les sensations tactiles que vous recueillerez ne seront guère différentes de celles que vous avez chez un sujet bien portant. Le cathétérisme pourra cependant vous éclairer utilement, si vous le pratiquez avec une bougie à boule, et vous trouverez sur le talon de l'instrument une certaine quantité de liquide dont l'analyse vous sera des plus précieuses.

C'est le toucher rectal qui vous fournira le plus de renseignements; là encore, il faudra vous défier de l'exagération de sensibilité de certains malades : leurs plaintes commenceront au moment où votre doigt franchira le sphicter anal, et leur exagération sera pour vous un motif de défiance. Dans la plupart de ces cas, l'examen vous fera constater l'intégrité de la portion rectale de la prostate. Une prostatite chronique amènerait souvent, d'après M. Thompson, une diminution du volume et de la consistance de la glande. Si celà était réel, ce tissu échapperait à la règle générale, car l'inflammation produirait des effets contraires à ceux qu'elle détermine dans tous les autres organes. Mais j'ai constaté ordinairement des lésions toutes différentes. La souplesse ordinaire de la prostate a disparu; celle-ci est indurée en masse et son volume est augmenté dans les proportions les plus variables, il est vrai. Cette augmentation ne porte pas généralement sur l'ensemble de l'organe; ce sont de petits noyaux plus ou moins nombreux et plus ou moins volumineux. Aux mêmes points, on trouve une induration; mais celle-ci peut exister en l'absence de saillies, et en promenant le doigt sur la face rectale de la prostate, on constate que certaines parties manquent de souplesse et d'élasticité. Il est un autre signe que vous rechercherez avant les autres, c'est la sensibilité; or, il est rare que celle-ci soit accrue dans le cas d'inflammation chronique simple de la prostate; lorsque quelques douleurs sont accusées, elles occupent la masse de la glande, quoi qu'elles soient peut-être un peu plus marquées au niveau des points indurés. Cette indolence relative vous aidera à établir une distinction entre la prostatite simple et la prostatite tuberculeuse.

Cette dernière affection peut servir de type à une description de l'inflammation chronique, car la lésion existe bien réellement. Ici, ce qui constitue la prostatite, ce n'est pas l'élément tuberculeux lui-même, mais l'inflammation périphérique, développée au sein du tissu. Or, remarquez bien ce fait, qui est démonstratif à mes yeux : chez les tuberculeux, jamais vous ne voyez un ensemble symptomatique comparable à celui que vous exposent les névropathes atteints de prétendues prostatites et d'écoulements continus et rebelles à tout traitement.

Quoi qu'il en soit, la prostatite tuberculeuse doit être distinguée de la prostatite chronique simple. Le toucher rectal permettra de le faire; le nodus tuberculeux se détache plus facilement du reste de la glande; on peut le limiter avec le doigt, tandis que les indurations de l'inflammation chronique sont ordinairement plus ou moins diffuses. La sensibilité nous guidera aussi, et, dans ces cas, la pression de ces petites masses sera vivement perçue par le malade. Enfin, des symptômes concomitants vous éclaireront surtout; presque toujours vous trouverez des lésions des vésicules et enfin des symptômes, tels que des douleurs ou des hématuries, vous mettront sur la voie. Le diagnostic n'est, en somme, embarrassant que lorsqu'il n'existe pas d'autres lésions que le nodus appréciable par le rectum.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic différenciel.

On ne confondra pas la prostatite avec la spermatorrhée. Si rare que soit cette dernière affection, elle existe néanmoins

---

immuable de la pathogénie; il nous suffit de dire qu'au milieu d'un entraînement presque général des esprits froids ou instruits par l'expérience à se tenir en garde contre le prestige du système crurent trouver dans l'observation scrupuleuse des faits un démenti formel à la doctrine exclusive de l'irritation. »

On le voit, dirons-nous avec M. Herrgott, c'est au nom de la méthode philosophique que fut attaquée, par le jeune candidat, l'œuvre colossale du réformateur, en démontrant par l'observation rigoureuse que des altérations graves avaient été laissées en dehors de la doctrine, et que la base trop étroite de l'édifice devait d'un moment à l'autre en entraîner la ruine. « Après la soutenance de sa thèse, ajoute M. Herrgott, M. Saucerott revint à Lunéville et s'y maria, le 25 du mois d'août, avec sa cousine. Peu après, il renonça volontairement a la pratique de l'obstétricie et à celle de la chirurgie pour ne s'occuper que de médecine. Dix-huit mois après, en 1830, la chaire de philosophie étant devenue vacante au collège de Lunéville; il la sollicita et l'obtint; sa vie se trouva ainsi réglée suivant ses goûts et ses aptitudes; il pouvait donner satisfaction au désir de vulgariser par son enseignement les connaissances les plus difficiles à exposer, et apprendre à la jeunesse ce qui est le plus nécessaire : la discipline de l'intelligence, et porter ses propres méditations et ses études sur les sujets les plus élevés de l'art, en y apportant un jugement droit et sûr et le goût d'un lettré délicat, qui donnent une si grande valeur et tant d'attrait à ce qui est sorti de sa plume élégante et facile. » Peu après sa nomination comme professeur de philosophie, C. Saucerotte fonda l'enseignement de l'histoire naturelle en composant un petit traité pour les écoles primaires, traité arrivé cette année même à sa 21e édition.

En 1829, M. Saucerotte publiait l'Eloge de Charles Lepois, doyen de la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson vers le commencement du dix-septième siècle, et ce travail fut couronné par l'Académie de Stanislas. En 1830, la Société de médecine de Caen, qui avait proposé comme sujet de concours *la Gastro-entérite chez les anciens et les modernes*, couronna le mémoire que Saucerotte lui avait adressé; la même année, la Société de Bruxelles, qui avait mis au concours un *Essai sur les progrès de la médecine depuis un demi-siècle*, honora d'une mention honorable le travail du jeune et infatigable médecin. Puis, se conformant au précepte d'Hippocrate et suivant l'exemple donné par le maître dans le

et pourrait, dans certaine cas, être confondue avec un écoulement abondant de liquide prostatique projeté avec une certaine force ; mais il suffirait d'examiner ce produit d'excrétion au microscope pour voir s'il contient on non des spermatozoïdes.

La cystite est facile à distinguer ; la fréquence des mictions, les douleurs pendant et surtout après l'émission de l'urine, la présence du pus, constituent un ensemble pathognomonique. L'uréthrite postérieure n'est pas accompagnée, en général, de tuméfaction de la prostate et l'inflammation est limitée à la muqueuse.

Il faut toutefois se rappeler que l'uréthre postérieur est une sorte de carrefour où aboutissent des conduits glandulaires de divers ordres par lesquels l'inflammation peut se propager au loin. Les glandes de la prostate et son parenchyme peuvent donc être par exception envahis à leur tour.

Il est difficile d'établir le degré de gravité du pronostic ; mais on peut affirmer que, dans la plupart des cas, la prostatite chronique simple n'expose pas à des dangers sérieux. Ce qui assombrit le pronostic, c'est l'état mental auquel les malades sont rapidement conduits; aussi devrez-vous avoir présente à l'esprit cette fâcheuse disposition de la plupart des malades qui se croiront atteints d'une affection prostatique : vous vous rappellerez qu'il existe des livres que beaucoup d'entre eux auront lus et dans lesquels on leur représente la prostatite comme une affection des plus graves. Aussi vous hésiterez, avant de prononcer le mot de prostatite, car, dans ce cas, le médecin nuirait plus au malade que la maladie même.

Le premier soin à prendre pour instituer un traitement est de faire une sélection rigoureuse entre les vraies et les fausses prostatites. Ces dernières se rencontrent chez des névropathes à qui conviendra un traitement général sur lequel je n'ai pas à insister. Quant aux véritables inflammations chroniques de la glande, il n'est pas impossible d'arriver à une curation. Celui des symptômes qui exige la médication le plus longtemps poursuivie est l'écoulement ; il sera bon d'en instruire le malade dès le début. Ce traitement sera à la fois local et général. Localement, la voie rectale sera surtout profitable ; on prescrira des lavements, laxatifs ou calmants, froids et chauds; des suppositoires contenant de 25 à 50 centigrammes d'onguent napolitain, auquel on associera la belladone selon les cas, seront utilement employés. Par l'urèthre, les instillations trouveront leurs indications ; le titre des solutions et le nombre des gouttes varieront suivant l'intensité des symptômes. A cette médication locale s'ajoutera avec avantage une thérapeutique qui s'adressera à l'état général ; je ne puis vous donner sur ce point que des indications sommaires. Selon l'état général du malade, vous devrez ordonner soit les ferrugineux, soit une médication antistrumeuse ; les eaux minérales enfin vous offriront de précieuses ressources. En terminant, je tiens encore à appeler votre attention, autant pour le diagnostic que pour le traitement, sur la facilité avec laquelle l'état mental des malades de cette sorte est impressionné, et, chez ceux mêmes qui auront de véritables lésions prostatiques, il ne sera pas superflu de chercher à calmer la surexcitation du système nerveux.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Kyste dermoïde suppuré de la région ombilicale, par M. Polaillon, chirurgien de la Pitié.

Le 27 mai 1885, est entrée dans le service de M. Polaillon la nommée J..., Marie, âgée de 30 ans, pour une grosseur siégeant dans la région ombilicale.

La malade raconte qu'il y a un an, elle reçut un coup au niveau de l'ombilic, c'est à ce coup qu'elle rapporte l'origine de sa tumeur. Cependant, depuis ce traumatisme jusqu'à la date du 17 avril 1885, elle n'a rien ressenti dans la région malade. Elle a d'ailleurs toujours eu une très bonne santé.

Mais le 17 avril et les jours suivants, ayant été au lavoir, elle eut le ventre constamment appuyé contre la planche à laver. Au bout de trois jours environ, elle commença à ressentir une douleur autour de la cicatrice ombilicale, sans remarquer que cette région augmentât de volume et de consistance.

Le *22 avril*. — Elle a continué à souffrir et elle a constaté un un léger suintement de pus par l'ombilic. Depuis ce jour, le suintement et les douleurs n'ont pas cessé.

L'état général était d'ailleurs satisfaisant. Pas de fièvre.

Le *26 avril*. — La malade consulta un médecin qui diagnostiqua un abcès de la paroi abdominale.

fameux *Traité des airs, des lieux et des eaux*, Saucerotte voulut étudier le théâtre de son activité médicale, et, en 1833, il publia une *Topopographie médicale de Lunéville et de son arrondissement*. L'Académie de Stanislas accorda une nouvelle couronne à ce travail, et, en 1834, l'Académie de médecine s'associait cet opiniâtre chercheur en le nommant membre correspondant.

Puis viennent une multitude de mémoires soit publiés dans la Gazette médicale de Paris, soit présentés aux concours de diverses Académies médicales. En 1835, Saucerotte emportait le prix de l'Académie de Dijon en traitant de la *Spécialité dans les maladies*; en 1837, l'Académie de médecine de Paris accordait la grande médaille de bronze et une mention honorable à un mémoire ayant pour sujet l'*Influence de l'anatomie pathologique sur les progrès de la médecine depuis Morgagni jusqu'à nos jours*, travail qui n'a pas moins de 112 pages in-8o et qui est inséré dans le tome VI des *Mémoires de l'Académie*.

Nommé le 14 septembre 1838 médecin en chef de l'hospice civil et militaire de Lunéville, ses observations de médecine pratique se multiplient et il en fait profiter la presse médicale.

En 1843, la Société de médecine de Caen mit au concours : « Faire l'historique et la critique de la révolution opérée dans l'enseignement de la médecine physiologique ». Cette grosse question fut remise au concours l'année suivante et trois lauréats obtinrent une médaille d'or : MM. Le Pelletier (de la Sarthe), Saucerotte et Coste (de Bordeaux). Le travail de Saucerotte, revu et augmenté de considérations sur l'histoire philosophique de la médecine, sur l'hipocratisme moderne et sur l'enseignement historique de la médecine, fut publié en 1847 ; il forme un volume de près de 300 pages.

En 1848-1850, l'Académie royale de médecine de Belgique avait mis au concours « l'Etude de l'influence que les sciences physiques et chimiques ont exercée sur la connaissance de la nature intime et sur le traitement des maladies. » Le mémoire envoyé par Saucerotte fut couronné en 1852 et inséré dans les *Mémoires de l'Académie*.

En 1863, Saucerotte publia un livre intitulé : l'*Histoire et la philosophie dans leurs rapports avec la médecine*, où il cherche à prouver que la médecine et la philosophie sont deux sœurs dont le bon accord est nécessaire à l'accomplissement des destinées humaines. L'auteur a réuni, après y avoir mis la dernière main,

Le *27 avril.*— Elle vient à la consultation de M. Polaillon, qui l'admet dans son service.

An niveau de l'ombilic, on constate une tuméfaction peu douloureuse, assez consistante, s'étendant à 2 centimètres environ dans tous les sens autour de la cicatrice ombilicale. En saisissant la tumeur entre les doigts et en la comprimant, on en fait sourdre une légère quantité d'un pus épais. Un stylet introduit par la cicatrice ombilicale pénètre à 4 centimètres de profondeur.

M. Polaillon diagnostique un abcès de la paroi abdominale. Lavage du foyer avec une solution à l'acide borique. Pansement de Lister.

Sous l'influence de ce traitement, le volume de la tumeur et les douleurs diminuèrent.

Le *12 mai.*— La malade sort de l'hôpital, sans être tout-à-fait guérie : le pus s'écoule toujours en petite quantité par l'ombilic, et la tumeur est encore appréciable à la palpation.

La malade promet de revenir à la consultation toutes les semaines, afin que l'on puisse suivre la marche de cet abcès.

Au bout de huit jours, J..., Marie, se plaint de souffrir davantage. M. Polaillon lui offre de rentrer dans son service; elle attend encore huit jours.

Le *22 mai.* — Rentrée de la malade à la Pitié.

On trouve un bourgeon charnu gros comme un œuf de pigeon à la place de l'ombilic, et, en même temps, au-dessus de l'ombilic, une tuméfaction rouge, tendue, nettement fluctuante.

Le *25 mai.* — M. Polaillon fait une incision sur le point fluctuant, et donne issue à un pus assez abondant, épais, grumeleux. Un stylet introduit par l'ouverture de l'incision et promené dans le foyer pénètre dans tous les sens à une profondeur de 4 centimètres.

Lavage avec de l'eau phéniquée. Pansement de Lister.

Le *26 mai.* — Pas de fièvre ; mais la malade éprouve un malaise général. Inappétence.

Le *27 mai.* — Lavages phéniqués. Pansement de Lister. Introduction d'un drain dans l'ouverture de l'abcès. Il n'y a pas de troubles digestifs, ni diarrhée, ni constipation.

Le *29 mai.* — On renouvelle les lavages et le pansement. Il est sorti, par le drain et par la plaie, des fragments de membranes analogues à des hydatides. Ces fragments, examinés au microscope, présentent un aspect fibrineux et non l'état amorphe d'une membrane d'hydatide. Pas de crochets.

Le *3 juin.* — L'empâtement a très sensiblement diminué dans la portion enflammée qui existait au-dessus de la cicatrice ombilicale. Au niveau même de la cicatrice, des bourgeons charnus végètent rapidement.

Le *8 juin.* — Pansement. A la suite de l'injection dans le foyer de la solution phéniquée, on voit sortir une masse de matière sébacée grosse comme une noix. Cette masse est molle, jaune grisâtre comme du fromage, et d'aspect ocracé.

Le *9 juin.* — Etat général excellent.

Localement, la douleur a presque entièrement disparu. La masse indurée que l'on sentait entre les doigts a diminué. Il n'y a presque plus de suppuration. La solution injectée par la plaie ressort très claire.

Le *15 juin.* — Plus de suppuration. L'empâtement autour de l'ombilic diminue de plus en plus. On enlève le drain. On continue le pansement de Lister.

Le *17 juin.* — La malade quitte l'hôpital presque entièrement guérie. Il ne reste plus qu'un petit bourgeon charnu au niveau de la cicatrice. L'empâtement et l'inflammation n'existent plus.

Le *23 juin.* — La malade a été de mieux en mieux depuis sa sortie de l'hôpital. La poche est complètement fermée. On ne découvre plus qu'un peu de rougeur et un léger suintement au niveau de l'ombilic.

La marche de cette affection a bien démontré qu'on avait affaire, non à un abcès simple de la paroi abdominale, mais à un kyste dermoïde enflammé et suppuré placé au voisinage de la cicatrice ombilicale.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie de la rate

I. SUR DES MÉTAMORPHOSES PROGRESSIVES ET REGRESSIVES DES FOLLICULES DE LA RATE, par le docteur STILLING (*Virchow's Archiv*, 1886, t. CIII, fasc. 1, p. 15). — II. SUR LES RELATIONS DES DÉGÉNÉRESCENCES HYALINE ET AMYLOÏDE DE LA RATE, par le même (*Ibidem*, p. 21). — III. ANÉVRYSME D'UNE ARTÈRE SPLÉNIQUE OUVERT DANS LA VEINE SPLÉNIQUE, par le professeur G. WEIGERT (*Ibidem*, 1886, t. CIV, fasc. 1

quelques-uns de ses travaux antérieurs. Plusieurs avaient été les premiers jalons de voies nouvelles dans lesquelles d'autres l'ont suivi. Parmi ces travaux, il faut citer : *Du rôle de la médecine et des médecins dans l'histoire, les Rapports de l'économie politique avec la physiologie et l'hygiène.*

Qui se douterait, ajoute M. Herrgott, en voyant tant de travaux et d'autres que nous avons à mentionner plus loin, que celui qui en était l'auteur avait, dès 1843, été en proie à de cruelles souffrances qui le forcèrent, dès 1860, à quitter sa chaire de philosophie, en 1862 son hôpital et la vie active de la pratique, et à mener pendant plus d'un quart d'un siècle une existence des plus pénibles sur son lit qu'il quittait à peine, conservant la plus aimable sérénité et étonnant ses rares visiteurs par le charme de sa conversation ? C'est dans cette triste solitude qu'en 1866 il reçut la décoration de la Légion d'honneur. « Réduit presque à l'immobilité, Saucerotte ne pouvait se résoudre à l'inaction. Le travail, dit encore M. Herrgott, resta sa consolation, le théâtre sa seule distraction et sa famille sa joie. »

Saucerotte a cependant fait mieux. Il s'est montré novateur. C'est lui, en effet, qui a eu le mérite de parler le premier et avant le ministère Duruy de l'utilité d'un enseignement professionnel. Dès 1835, il avait publié dans le JOURNAL GÉNÉRAL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE (26 février, n° 35) un plan de réforme de l'enseignement secondaire dont voici la conclusion :

« 1° Notre système d'éducation secondaire, essentiellement littéraire et accessoirement *scientifique*, doit être à la fois *littéraire, scientifique et industriel*, pour satisfaire aux besoins nombreux et variés d'une civilisation aussi complexe que la nôtre.

» 2° La division des études est le seul moyen d'entrer franchement dans une voie large de réforme, et de rendre ces études profitables à tous, et non plus seulement à une faible minorité.

» 3° L'étude des langues anciennes, qui sert encore de base à l'éducation commune, n'y doit entrer que comme SPÉCIALITÉ. »

Dans une note écrite en 1863, qui accompagne cet article, Saucerotte apprécie « l'enseignement secondaire spécial » créé par M. Duruy, qui réalisait en partie son programme, tracé depuis vingt ans. Cette note se termine par les réflexions judicieuses que nous croyons devoir transcrire :

« L'enseignement secondaire n'est pas un noviciat, c'est une

p. 26). — IV. UN CAS DE KYSTE ÉCHINOCOQUE DE LA RATE, par le docteur WASSILJEW (*Centralblatt für Chirurgie*, 1886, n° 10, p. 175). — V. KYSTE ÉCHINOCOQUE ADOSSÉ A LA RATE, opération par le docteur FICK (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XXIV, fasc. 3 et 4, p. 357, 1886. — VI. SARCOME RÉTROPÉRITONÉAL. Extirpation du néoplasme et de la rate saine, par le docteur WITZEL (*Ibidem*, p. 329). — VII. UN CAS D'EXTIRPATION DE LA RATE CHEZ UN LEUCÉMIQUE, par le docteur BIZIEL (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1885, t. XXI, fasc. 5 et 6). — VIII. TROIS CAS DE RATE MOBILE, par le docteur ENGEL (*Centralblatt für Gynækologie*, 1886, n° 5). — IX. SUR LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DE LA PONCTION DE LA RATE, par PHILIPOWICZ (*Wiener medic. Blætter*, 1886, n° 6).

I. A l'autopsie d'un certain nombre de sujets qui avaient succombé dans un état de marasme profond, STILLING a découvert dans les follicules de la rate de petits foyers à limites très nettes, de teinte claire, situés le plus souvent au centre et constitués par de grosses cellules épithéliales polymorphes, difficiles à colorer. D'autres fois, on ne distinguait plus les follicules à l'œil nu; examinés au microscope, ils se présentaient sous la forme de petits corpuscules constitués exclusivement par des cellules semblables à celles qui viennent d'être décrites. Stilling fait ressortir l'analogie de ces corpuscules avec les centres germinatifs (*Keimcentren*) signalés par Flemming dans les follicules lymphatiques, et il incline à les considérer comme des centres germinatifs en état de dégénérescence.

II. Dans le cours de ses recherches, Stilling a constaté, d'autre part, que la dégénérescence hyaline envahit la rate dans les mêmes circonstances pathologiques (inflammation chronique des os et des articulations, inflammation chronique et tuberculose des organes respiratoires) qui entraînent la dégénérescence amyloïde de cet organe. Chez les sujets dont les cadavres ont servi aux recherches de Stilling, l'affection protopathique avait une durée relativement courte. Les masses hyalines présentent les mêmes caractères, le même aspect, la même distribution que les masses amyloïdes, dont elles se distinguent cependant, parce qu'elles ne donnent pas lieu à la réaction colorante bien connue qui appartient en propre à la matière amyloïde. Pour Stilling, il est très vraisemblable que les dégénérescences amyloïde et hyaline entretiennent des relations de parenté très étroites, que la seconde correspond à une phase préparatoire de la première.

III. A l'autopsie d'une femme de 49 ans, WEIGERT a relevé les particularités suivantes : intégrité des organes du cou, des organes thoraciques, de la tunique interne de l'aorte; abdomen proéminent, non distendu. Au lieu d'élection, un orifice de ponction; liquide clair, dans la cavité abdominale. Le péritoine pariétal injecté. L'épiploon, épaissi et plissé. Le mésentère présente une rigidité insolite; il est épaissi surtout à sa racine. Intégrité des reins et des capsules surrénales. La rate est fixée par des adhérences aux organes avoisinants. Dimensions : 14,7 et 3 centimètres; consistance accrue à l'extrémité supérieure. Sur la coupe, le parenchyme de l'organe est d'une pâleur frappante, parfaitement lisse d'ailleurs; les corpuscules de Malpighi ne se distinguent pas d'une façon très nette; en haut et en bas, suffusions d'un rouge foncé, et, tout à la pointe, des infiltrations cunéiformes qu'on dirait constituées par de la fibrine. La veine splénique est fortement distendue; près du hile, elle forme un sac dont le pourtour mesure près de 11 centimètres, qui fait saillie en bas au-dessous de la queue du pancréas. Dans le sac et près de son bord externe viennent déboucher un certain nombre de veines issues de la rate et distendues sur le court trajet qui s'étend entre le sac et la glande. Le tronc de l'artère splénique mesure environ 1,6 de circonférence. La paroi interne, parsemée de quelques taches jaunâtres, ne présente nulle part de solutions de continuité. Une des branches, qui mesure à son point de départ 0,5, s'élargit brusquement près du hile, sous forme d'un sac de 1,7 de diamètre, dont la paroi est très résistante, mais néanmoins mince et lisse; en bas et à droite, ce sac adhère fortement à la portion dilatée de la veine. En haut, il présente un orifice de 0,7 de diamètre, qui débouche dans un second sac plus volumineux, de forme ovalaire, dont le plus grand diamètre mesure 3c,8, le plus petit 2c,2. Dans le segment gauche débouchent plusieurs vaisseaux distendus, venant de la rate, qui sont manifestement des veines. Enfin, à la partie inférieure se trouve une ouverture de 0c,8 à 1 cent. de diamètre, qui conduit dans le sac décrit en premier lieu et formé aux dépens de la veine splénique. Sur l'extrémité supérieure de la rate, on découvre une ectasie d'une petite branche

---

» préparation à toutes les carrières. Il doit offrir toutes les connaissances qu'il est indispensable de posséder dans les diverses voies offertes à l'activité humaine... Son but est atteint s'il nous rend aptes à entrer dans toutes les carrières diverses; à ce point de vue, la dénomination d'enseignement *spécial* donné par l'honorable ministre à son nouveau programme d'études ne paraît pas fondée ».

Ainsi, depuis près d'un demi siècle, les nécessités nouvelles de l'enseignement secondaire étaient parfaitement précisées et caractérisées, et ce devoir social, légué par les siècles passés, était adapté aux nécessités du nôtre par ce judicieux professeur.

Non moins attentif au développement politique de la France, dans la situation nouvelle créée en 1848, qu'à l'évolution de la science, il a fait connaître, en 1868, sur un sujet qui reste toujours une grave préoccupation pour tous, sa pensée résumée sous forme d'une brochure, qui a pour titre : *Les classes moyennes dans la démocratie moderne, des causes qui menacent leur influence, des conditions qui peuvent la maintenir*. « Ce serait chose redoutable que la démocratie, si l'on entendait désigner par là l'intrusion violente d'une multitude ignorante dans les affaires du pays; l'oppression des classes éclairées par la force brutale du nombre ». A ce malheur, il voit un remède dans les devoirs qui sont imposés à la bourgeoisie; elle doit s'instruire elle-même, d'abord des lois de l'économie sociale; montrer par ses lumières, sa moralité et son dévouement, qu'elle est digne de marcher à la tête de la civilisation, se dévouer à la classe populaire, et prouver, par ses actes, que l'amélioration des classes nécessiteuses, la défense de leurs intérêts matériels, intellectuels et moraux, sont sa préoccupation la plus constante.

» Trois années à peine après éclata, au milieu de nos malheurs, la terrible insurrection de la Commune, à laquelle il appliqua son étude, qu'il publia dans une nouvelle brochure, intitulée : *De la guerre sociale et des moyens d'en écarter la menace*. En face de ce danger soudain, qui a failli être fatal à la France, à l'Europe et à la civilisation tout entière, ces moyens sont pour lui encore ceux qu'il avait indiqués, et dont il recommande l'application d'une manière plus pressante ».

Saucerotte est mort le 3 novembre 1884, à l'âge de 80 ans.

Nous nous sommes attardés avec Saucerotte, mais nous avions un si bon guide, nous étions en si bonne compagnie, que le lec-

artérielle, du volume d'un pois. La muqueuse gastro-intestinale, d'une teinte noirâtre.

Il s'agissait, en somme, d'un anévrysme de l'artère splénique ouvert dans la veine de même nom, et dont l'étiologie n'a pu être élucidée. Pas d'antécédents syphilitiques.

IV. Un jeune homme de 21 ans portait dans l'hypochondre gauche et dans la région épigastrique une tumeur qui descendait jusqu'au-dessous de l'ombilic. Le cœur et le poumon gauche étaient refoulés vers en bas; l'appendice xyphoïde et les deux côtes avoisinantes étaient déjetées en avant. Dans la région qui correspond au foie, son tympanique à la percussion. Une ponction exploratrice, pratiquée avec la seringue de Pravaz, donna issue à un liquide clair, sans albumine, riche en chlorures. Il fut impossible d'y découvrir des crochets d'hydatides.

On fit une ponction évacuatrice avec un trocart fin mis en communication avec l'aspirateur Potain. On retira 3500 c. c. d'un liquide pareil à celui qu'avait fourni la ponction exploratrice. Le malade se rétablit très rapidement. Le cœur et le poumon regagnèrent leur position normale; le foie était revenu s'appliquer contre la paroi abdominale. Cette période d'amélioration dura presque une année entière. Puis la tumeur réapparut dans l'hypochondre gauche, pour augmenter rapidement de volume; en trois mois, elle avait atteint son volume primitif. Sur le désir du patient, on refit une ponction. Cette fois, il ne s'écoula qu'une petite quantité d'un liquide jaunâtre. La canule du trocart s'était obstruée d'un lambeau de paroi de kyste échinocoque. Cinq jours plus tard, le malade était en proie à une fièvre violente. La tumeur était plus tendue; le malade éprouvait des douleurs très vives. On pratiqua la laparotomie sur la ligne blanche abdominale. On mit à jour une tumeur d'un rouge sombre, libre de toute adhérence, qui participait aux déplacements respiratoires. Après fixation de la tumeur au moyen de sutures, on l'incisa. Il s'en échappa une grande quantité de vésicules. Il s'agissait d'un kyste échinocoque développé dans l'épaisseur de la rate. Fixation du kyste aux lèvres de la plaie abdominale, drainage, pansement antiseptique. La cicatrisation s'effectua sans incident. Le malade a guéri.

V. M. Fink rapporte une série de neuf cas de kystes echinocoques, dont quatre ayant donné lieu à un traitement opératoire, observés dans la colonie du Cap. Une de ces observations est relative à un jeune homme de race blanche, qui éprouvait des douleurs sourdes au creux de l'estomac et dans l'hypochondre gauche depuis quatre mois, lorsqu'il vint consulter l'auteur. Les douleurs étaient allées en s'exaspérant et le malade était pris de dyspnée quand il marchait un peu vite. Un médecin qui l'avait examiné avait constaté la présence d'une tumeur dans l'hypochondre gauche. Une ponction exploratrice avait donné issue à un liquide clair comme de l'eau de roche, d'où on avait conclu à la présence d'un kyste échinocoque. Le malade dépérissait de plus en plus, la tumeur augmentait rapidement de volume, les souffrances devenaient intolérables; on procéda à une opération radicale. Une incision de la paroi abdominale, de 8 centimètres de longueur, mit à nu la rate. Une ponction exploratrice pratiquée dans cette glande fournit la preuve que le kyste n'était pas logé dans l'épaisseur, mais an côté externe de la rate; impossible de l'aborder à travers l'incision autrement qu'avec le bout du doigt. On fit une seconde incision, croisant la première et allant jusqu'à la ligne blanche. Il fut possible alors de fixer le kyste à la paroi abdominale, de vider son contenu et de remplir la poche avec de l'eau phéniquée d'abord, puis avec une solution d'acide borique. On pratiqua ensuite une contre-ouverture, pour drainer la poche. Pansement au sublimé Fièvre, dans les premiers temps, qui cessa à la suite de lavages ayant donné issue à des vésicules hydatiques. Le malade resta des mois sans se rétablir, portant toujours un drain. On se décida finalement à fendre les parties molles dans l'intervalle des deux incisions, après des tentatives nombreuses faites pour provoquer l'oblitération de la fistule. Il se fit voir que la paroi du trajet fistuleux était constituée en partie par le gros intestin. L'excavation fut tamponnée et on fit ensuite des injections irritantes. Dans le cours du traitement consécutif, la plaie donna issue à des matières fécales. Néanmoins, le malade a complètement guéri.

VI. Une femme âgée de 44 ans entra à l'hôpital de Bonn en 1882, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale qui, dans les derniers temps, avait subi un accroissement rapide de volume, occasionnant une gène considérable à la malade, la perte de l'appétit et le dépérissement. Les renseignements

---

teur, nous en avons la certitude, ne pourra que nous remercier de lui avoir fait faire l'école buissonnière avec nous et à la suite de M. Herrgott.

Dr Albertus.

Corps de santé militaire. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats reconnus admissibles à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire (concours de 1886):

Candidats à quatre inscriptions. — MM. Albert, Artboffer, Azam, Baissas, Barisien, Biscons, Blanc, Boullet, Bourgeois, Bourrus, Braun, Cauvet, Cazals, Chardel, Clot, Cultin, Cuvillier, Dagua, Daraiguez, Debeaux, Deméry, Dessirier, Duffau-Lagarosse, Dumas, Duron, Dutour, Fagot, Faivre, Du Fayet de la Tour, Fromont, Gagé, Gaujon, Georges, De Grailly, Haury, Hénault, Isidor, Jacquet, Laporte, Légereau, Lehman, Le Renard, Loüet, Lucy, Maire, Malafosse, Manceaux, Marsais, Mathis, Mauroux, Merlat, Michaud, Mongour, Morigny, Nermord, Pachon, Patte, Payerne, Pouy, Pruvost, Rascol, Réjou, Rougier, Roussel, Sibut, Simonot, Steinmetz, Surel, Turdos, Teissier, Thiébaut, Trouillet, Du Verdier.

Candidats à huit inscriptions. — MM. Albespy, Alix, Arnould, Bayssellance, Beligou, Benoit dit Béker, Bérard, Bérard, Bertrand, Blanc, Blum, Bourguedieu, Boursiac, Caillens, Caillier, Chanut, Chevalier-Lavaure, Claoué, Glaude, Darricarrière, Dergrenaud, Destrez, Dubois, Dupin, Durand, Estrade, Folie-Desjardin, Frossard, Galibert, Galtier, Gapin, Guillemaud, Labordère, Labougle, Lacombe, Lagain, Lapeyrie, Lazard, Lecœur, Legrain, Lovy, Mally, Marchais, Marchal, Marin, Martin, Milloux, Morard, Pacaud, Patris, De Schuttelaëre, Serviéres, Spillman, Terrail, Toussaint, Vacher, Valon, Vêne, Vezes, Vialaneix, Vielle, Vigerie, Viguier, Wolff.

Candidats à douze inscriptions. — MM. Amat, Barré, Bauby, Busson, Coulom, Decoux, Gilles, Gilliard, Guinier. Hamalde, Kuster, Louis, Petit, Puybaret, Renaud, Robin, Rul, Thérault, Thierry, Vialette de Pemille.

Candidats à seize inscriptions. — MM. Bourgarel, Castelli, Gresset, Lecayre, Lenez, Marion, Méchin, Moulinié, Talocher.

Ces candidats devront se présenter en temps utile dans les différents centres d'examen oral.

fournis par cette femme ne pouvaient guère servir à éclairer le diagnostic. La malade, quoique très amaigrie, avait conservé bonne mine. La moitié gauche du ventre proéminait plus que la droite, de 5 centimètres environ. La tumeur s'étendait en bas jusqu'à égale distance de l'ombilic et de la symphise, en dehors jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure; en haut, elle se perdait sous le rebord des fausses côtes, soulevées de ce côté. A la palpation, la tumeur se présentait sous la forme d'une tumeur arrondie, bosselée à sa surface, de consistance ferme, fluctuante en certains points. Il ne semblait pas y avoir d'adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale antérieure. On pouvait déplacer le néoplasme dans le sens transversal, mais non de haut en bas; en faisant des tentatives dans ce sens, on voyait apparaître dans le neuvième espace intercostal une dépression qui permettait de croire que la tumeur adhérait à la rate. L'exploration des autres organes ne dénotait rien d'anormal.

Extirpation de la tumeur: Incision rectiligne le long du bord externe du muscle droit antérieur, du côté gauche, allant jusqu'à 8 centimètres au-dessus du ligament de Pouppart. Le gros intestin était placé au-devant de la tumeur qui n'avait rien d'un kyste, qui était tapissée par l'épiploon intact, mais extrêmement riche en vaisseaux dont un certain nombre, principalement des veines de gros calibre, pénétraient dans le néoplasme. Les tentatives faites pour mobiliser la tumeur occasionnnérent des hémorrhagies assez importantes, ainsi que l'arrachement d'un fragment de la rate. On extirpa cet organe avec la tumeur, sans grande difficulté. L'opération dura en tout une heure et demie, et la malade était dans un grand état de prostration quand on la reporta dans son lit. Les choses marchèrent bien pendant les trois premières semaines. Le sang, examiné à différentes reprises, ne contenait pas de leucocytes en excès; les ganglions lymphatiques et la glande thyroïde n'augmentaient pas de volume. La malade demanda à retourner dans sa famille, où, au bout de quelques semaines, elle succomba de une mort rapide, en proie à la dyspnée. La tumeur était un sarcome logé dans l'espace rétro-péritonéal, du volume d'une tête d'adulte, du poids de 5 livres, ayant contracté des adhérences avec la rate, et englobant dans sa masse une portion de la queue du pancréas qui avait été vraisemblablement son point de départ. Une grosse veine traversait la tumeur; il y avait tout lieu de croire que c'était la veine splénique.

Cette observation est extraite d'un long et intéressant travail de M. Witzel, intitulé : *Contribution à la chirurgie des organes abdominaux.*

VII. Femme de 31 ans, n'avait jamais eu de fièvre intermittente, huit enfants bien portants; depuis sa dernière couche, elle s'était aperçue de la présence, dans l'hypochondre gauche, d'une tumeur du volume d'un poing, qui s'est développée lentement. Cette tumeur était indolente, mais très gênante par son volume. On diagnostiqua une dégénérescence leucémique de la rate, après examen microscopique du sang, qui contenait une quantité considérable de globules blancs.

La malade réclamait une opération, qui fut repoussée d'abord; mais quelque temps après, la rate ayant continué d'augmenter de volume, et la malade perdant de plus en plus ses forces, l'extirpation de l'organe engorgé fut résolue. L'opération n'entraîna pas une perte de sang considérable, mais néanmoins assez abondante pour précipiter le dénouement fatal.

VIII. M. Engel relate trois cas de rate mobile chez des femmes encore jeunes (18, 28 et 32 ans), qui, toutes, avaient eu des enfants, et, de plus, avaient en antérieurement des accès de fièvre palustre. L'auteur passe en revue les diverses erreurs de diagnostic (néoplasme et, en particulier, kyste de l'ovaire, grossesse extra utérine), auxquelles expose ce genre d'anomalie. Dans la troisième des observations publiées par l'auteur, pareille confusion ent pu être commise assez facilement. La femme n'avait plus vu ses règles depuis seize mois; elle était souffreteuse depuis quatorze mois et elle se croyait enceinte; le ventre était proéminent comme chez une femme grosse de six mois environ. La partie inférieure de l'abdomen logeait une tumeur dure, assez douloureuse au toucher. Le col, dirigé en avant, mesurait 2 centimètres de longueur; on pouvait faire pénétrer dans le canal la moitié de la phalangine du doigt explorateur. Par le vagin, il se faisait un écoulement muco-sanguinolent. La femme sentait des mouvements dans le ventre depuis quatre mois. Elle était en proie à de violentes douleurs depuis trois jours, lorsqu'elle fut examinée par le médecin. Celui-ci crut avoir affaire à un avortement. La malade fut laissée au repos; les douleurs se calmèrent au bout de quelques jours, et la femme put reprendre ses occupations. Un nouvel examen de la malade eut pour résultat de faire porter le diagnostic de rate mobile engorgée. Chez la première malade, le déplacement et la mobilité de la rate engorgée avaient été reconnus à la suite d'un accouchement. Chez toutes les trois, l'administration du sulfate de quinine a produit une amélioration.

L'auteur fait remarquer que les douleurs et les autres incommodités en rapport avec la mobilité anormale de la rate peuvent disparaître à la longue, par suite d'une atrophie spontanée de l'organe engorgé et disloqué. Cette atrophie est la conséquence d'une torsion du hile, qui entraîne l'oblitération des vaisseaux destinés à la rate. Ainsi, à l'autopsie d'une femme qui avait succombé aux suites d'une hémorrhagie profuse (placenta prævia), on trouva la rate en état de ratatinement, reléguée dans la cavité de Douglas; le hile était tordu plusieurs fois sur lui-même et complètement desséché. Von Engel rappelle, à ce propos, que Voigtel, en faisant une autopsie, a trouvé la rate, libre de toute attache, dans la cavité abdominale. L'auteur pense que, dans les cas où l'atrophie spontanée se fait attendre, il y a lieu de la provoquer en saisissant l'organe engorgé avec les mains, à travers les téguments abdominaux, pour la retourner sur elle-même, de façon à tordre le hile. Cette manœuvre, bien entendu, ne pourra réussir que si des adhérences pathologiques font défaut et si les parois abdominales présentent un degré de relâchement suffisant. L'extirpation de la rate ne doit être tentée que lorsque tous les autres remèdes auront échoué.

IX. Dans quatre cas de fièvre typhoïde, Philipowicz a ponctionné la rate à travers les téguments, au moyen d'une seringue de Pravaz; le suc retiré de la sorte a servi à faire les préparations microscopiques et des cultures dans de la gélatine-peptone. Ces deux modes d'investigation ont fourni la preuve de la présence de bacilles, considérés, par quelques auteurs, comme étant les germes de la fièvre typhoïde. D'où l'auteur conclut que la ponction de la rate sera d'une réelle

valeur pour établir le diagnostic de fièvre typhoïde dans les cas douteux.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES THÈSES

ETUDE MÉDICO-LÉGALE SUR LES BLESSURES PAR RÉVOLVER, par EUG. DESFOSSÉS. — Thèse de Paris, 1886.

Il résulte d'expériences nombreuses et fort bien conduites, faites avec le révolver le plus répandu, système Lefaucheux, calibre 7 millimères et 9 centimètres de longueur de canon, qu'on observe sur le corps à un le dépôt des produits de combustion jusqu'à une distance de tir d'environ 50 centimètres. A 60 centimètres, les grains de poudre s'incrustent; à 1m,60, ils ne font que se déposer. Les poils sont brûlés à un pen moins d'un décimètre. Au point de vue des vêtements, il faut signaler la combustion du calicot à 15 et 18 centimètres; les grains de poudre passent encore au travers de cette étoffe à la distance de 1m,50.

PLEURÉSIE ET PÉRI-SPLÉNITE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par A. DAVILLÉ. — Thèse de Paris, 1886.

Malgré l'opinion soutenue par Alexandre Tweedie, la pleurésie sans lésions pulmonaires est une complication peu fréquente de la fièvre typhoïde. L'inflammation de la séreuse pleurale n'est le plus souvent que la conséquence d'une péri-splénite. Tout d'abord la rate, augmentée de volume, est douée d'une excessive sensibilité à la palpation. La douleur qui survient peut persister pendant assez longtemps et le processus phlegmasique s'arrêter au péritoine diaphragmatique sans propagation du côté de la plèvre correspondante, mais aussi la péri-splénite est susceptible de s'accentuer et la base du poumon se prenant à son tour, on constate les points douloureux de la pleurésie diaphragmatique. Enfin, le souffle pleurétique s'étend partout, l'épanchement devient si considérable qu'il déplace le cœur et nécessite la thoracentèse. L'auteur donne quatre observations se rapportant à chacun des stades d'un tel processus.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PHLEGMONS PROFONDS DANS LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'ABDOMEN, par P. DÉRIENCOURT. — Thèse de Paris, 1886.

Il existe une variété de phlegmons profonds de la paroi abdominale antérieure, dont le début est insidieux et dont la marche se fait avec une remarquable lenteur. D'une fréquence assez grande (l'auteur en rapporte sept cas), ils siègent dans la partie profonde au niveau du fascia transversalis. La collection purulente qui se forme peut atteindre des dimensions considérables avant de se faire jour à l'extérieur. Elle survient à la suite de coups, de chutes sur la région et parfois sans cause connue. Mais, le plus souvent, elle succède à des affections telles que diarrhée, constipation, rétention d'urine, calculs biliaires. La tuberculose semble y prédisposer.

La symptomatologie comprend généralement l'apparition subite d'une intense douleur occupant la partie moyenne du ventre, avec vomissements et phénomènes généraux graves. Il ne faut pas oublier cependant que le phlegmon profond de la paroi abdominale antérieure peut débuter d'une façon lente et insidieuse. La palpation ne permet parfois de constater l'existence de la tuméfaction que longtemps après le début de l'affection. La tumeur doit avoir un certain volume pour que la fluctuation puisse y être reconnue.

Le traitement antiphlogistique au début se borne ensuite à l'incision pure et simple avec lavage et drainage antiseptiques.

DE LA CONDUITE A TENIR A L'ÉGARD DES VAISSEAUX DANS L'EXTIRPATION DES TUMEURS DU PLI DE L'AINE, par M. DANSON. — Thèse de Paris, 1886.

Les tumeurs du pli de l'aine, celles surtout qui intéressent les ganglions, présentent souvent des adhérences étendues avec les vaisseaux et plus particulièrement avec la veine fémorale. La ligature, soit même la résection de cette dernière, s'impose dans ces cas, sans qu'il soit nécessaire d'agir simultanément sur l'artère. La raison en est dans la circulation collatérale veineuse très riche à la racine du membre inférieur. Mais c'est justement à cause de ce fait, du manque de valvule suffisante au niveau de l'anneau crural et de la présence de veines profondes venant s'aboucher dans la veine crurale au niveau du triangle de Scarpa, qu'une technique opératoire spéciale doit être suivie. Et ici l'auteur nous décrit la façon d'agir de M. Verneuil, qui place trois ligatures sur la veine dont il doit réséquer une partie : au niveau de l'anneau crural pour empêcher le reflux du sang; à la pointe du triangle de Scarpa pour en arrêter le cours; à l'émergence des branches veineuses satellites de l'artère fémorale profonde.

DE LA SPLÉNOTOMIE POUR TUMEURS DE LA RATE, par S. FOUSERT. Thèse de Paris, 1886.

L'expérimentation sur les animaux et un nombre relativement considérable de splénotomies consécutives à des lésions traumatiques de l'abdomen chez l'homme prouvent que l'existence est non seulement compatible avec la privation de la rate, mais encore qu'il ne survient pas de ce fait de modifications essentielles dans l'organisme, que la survie est possible. Autant les résultats de l'intervention paraissent favorables quand il s'agit de traumatismee, autant ils sont peu encourageants lorsqu'il est question de tumeurs. Le mauvais état général, l'augmentation du volume de l'organe et le plus souvent l'hémorrhagie sont causes de la mort. Si la perte de sang peut être le résultat d'une faute opératoire, elle est bien plus fréquemment la conséquence de quelque diathèse paludique ou leucémique.

Le vrai mérite de l'auteur consiste à ne rien avancer qu'il ne puisse appuyer sur des observations fort intéressantes puisées dans la littérature médicale. Aussi, malgré le sombre pronostic qu'entraîne la leucémie, il a bien le soin de nous signaler l'heureux résultat, unique, paraît-il, dans la science, obtenu par Franzolini chez une femme de 22 ans et dont le sang présentait cinq fois plus de globules blancs qu'à l'état normal. Le succès était ici attribuable au petit volume de la tumeur, à l'absence d'adhérences et surtout à ce que la diathèse n'était pas encore établie, selon toute apparence, d'une façon irrémédiable. Mais il ne faudrait pas trop se baser sur ce fait heureux, et le chirurgien fera mieux de se rappeler qu'avec une hypertrophie splénique symptomatique de la leucémie l'hémorrhagie est constante et le résultat fatal. Le pro-

nostic est plus favorable lorsque l'augmentation du volume de l'organe est simple, sans altération de sang, lorsqu'il s'agit de rates mobiles ou kyetiquee.

Malgré la tendance des leucémiquee aux hémorrhagies, il est à présumer qu'une intervention hâtive serait suivie de succès pourvu que la tumeur ne fût pas trop volumineuse, et M. Péan déclare qu'au-dessus de 3 à 4 kilogrammes, l'abstention est indiquée. Le nombre des splénotomies pratiquées jusqu'à ce jour est trop restreint pour qu'on puisse, à l'heure actuelle, en bien établir les indications. C'est par l'exposé du manuel opératoire suivi par M. Péan que M. Fonbert termine son excellent travail.

Ch. Amat.

Contribution a l'étude du rhumatisme cérébral. — Traitement par l'hydrothérapie, par le docteur Dupré, ancien interne provisoire des hôpitaux. — Th. de Paris, 1885.

Les accidents cérébraux qui peuvent se montrer sous toutes les formes du rhumatisme articulaire aigu, apparaissent ordinairement à une époque où la convalescence peut être considérée comme établie.

De tous les agents médicamenteux qui ont été proposés contre le rhumatieme cérébral, le plus actif et le plus puissant est l'hydrothérapie.

L'hydrothérapie doit être employée dans les cas de rhumatisme cérébral avec hyperthermie et délire, avec ou sans suppression des fluxions articulairee.

Les bains généraux doivent être préférés aux autres modes de traitement.

Dans le rhumatisme cérébral suraigu, on aura recours aux bains froids de 20 ou 25°.

Dans le rhumatisme cérébral aigu, les bains tièdes, à 30 ou 32°, semblent préférables; on pourra, si on le juge convenable, abaisser progressivement la température en ajoutant de l'eau froide.

La méthode balnéaire donne des succès. mais elle ne doit pas être considérée comme devant procurer toujours la guérison. Elle peut présenter quelques dangers, tels que pneumonie, pleurésie, syncope.

Il est remarquable de voir combien la convalescence est rapide. — Après la cessation du traitement, le plus souvent le rétablissement est complet. Rarement les douleurs articulaires persistent, rarement aussi on a observé la persistance des lésions du système nerveux.

A. M.

Pathologie mentale

Des analogies entre la folie a deux et le suicide a deux, par le docteur J. Chpolianski. — Thèse de Paris, 1885.

Excellente étude de clinique médico-légale sur le suicide à deux, comparé à la folie à deux. Avant d'en reproduire les conclusions, je ne puis résister au désir de citer quelques lignes de l'introduction pour montrer combien l'auteur, qui est Russe, aime la France et combien il le prouve par son éloquente façon d'écrire notre langue.

« Je ne peux me défendre d'une certaine émotion, au moment où j'approche du terme de mes études, en songeant que ce moment sera aussi celui où je devrai probablement quitter la France. J'ai été si bien accueilli, si cordialement encouragé, traité par tous avec une bienveillance si courtoise, depuis les étudiants, mes camarades, jusqu'à nos maîtres les plus distingués, que je m'étais peu à peu habitué à regarder la France comme une seconde patrie.

« Qu'il me soit permis d'adresser plus particulièrement cet hommage de respectueuse reconnaissance à mon maître, M. le professeur Brouardel, qui a réalisé pour moi, à Paris, l'idéal du Français tel que je l'avais rêvé en Russie quand, encore jeune collégien, j'apprenais l'histoire de la Révolution dans ces pages vibrantes de Michelet, que je dévorais en cachette, et où je puisais déjà pour la France une sympathie qui n'a fait depuis que s'accentuer. »

Il est impossible de mieux dire et de mieux penser.

Voici maintenant les conclusions cliniques de cet intéressant travail, inspiré par le savant professeur de médecine légale de Paris :

« Les analogies entre la folie à deux et le suicide à deux ne sont pas douteuses; elles peuvent être résumées dans le tableau suivant :

Folie a deux.	Suicide a deux.
1° Un seul sujet est fou; il impose sa folie à l'autre. — *Folie imposée.*	1° Un seul sujet a l'idée du suicide; il l'impose à l'autre. — *Suicide imposé.*
2° Deux sujets deviennent fous en même temps sous l'influence des mêmes causes occasionnelles.—*Folie simultanée.*	2° Deux sujets ont l'idée du suicide en même temps, sous l'influence des mêmes causes occasionnelles. — *Suicide simultané.*
3° Deux sujets, également prédisposés, tombent dans le même délire; mais l'un devient fou d'abord; l'autre ne le devient que sous l'influence qu'exerce le délire du premier sur sa prédisposition héréditaire. — *Folie communiquée.*	3° Deux sujets ont l'idée du suicide, mais l'un se suicide en premier lieu; l'autre, fasciné par l'idée ou l'acte du premier, se suicide en même temps ou à peu près. — *Suicide communiqué.*
4° Plusieurs fous changent leurs idées délirantes pour celles du fou le plus intelligent.—*Folie par transformation, folie en commun.*	4° Plusieurs individus voient leurs idées excentriques tourner an suicide sous l'influence d'un suicide célèbre ou aux époques troublées. — *Suicide par transformation ou épidémie suicide.*

Dr E. Régis

Contribution a l'étude de l'éléphantiasis des Arabes, par le docteur Peltier. — Th. de Paris, 1885.

L'auteur étudie dans sa thèse l'éléphantiasis des Arabes et donne la relation d'une observation prise sur un malade qu'il a pu suivre pendant quelque temps.

A. M.

Des hémorrhagies profuses et spontanées du fond de l'œil, chez les adolescents, par le docteur Coignet. — Thèse de Paris, 1886.

Ces hémorrhagies profuses ne doivent pas être confondues avec les hémorrhagies dues à des affections du cœur, à certaines altérations du sang (purpura, anémie grave), au glaucome, à la rétinite hémorrhagique, diabétique, albuminurique, etc. — Tous ces épanchements restent limitées à la papille, mais font rarement irruption dans le corps vitré.

Ordinairement, dans ces hémorrhagies profuses et spontanées, dont la pathogénie est encore fort obscure, la perte de la vision se fait assez rapidement, mais non subitement. Les malades sentent que leur vue baisse sensiblement ou voient apparaître devant les yeux un brouillard qui les empêche de bien distinguer les objets. Le lendemain, ou quelques jours après, ils deviennent complètement aveugles.

A l'ophthalmoscope, on constate que dans tout le pourtour équatorial de l'œil, la couleur rougeâtre de la choroïde se dessine parfaitement à travers l'épanchement sanguin qui trouble le corps vitré et voile la pupille.

Le traitement consiste à faire prendre au malade, tous les jours, 6 gouttes d'ergotinine Tanret et des toniques.

A. M.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le docteur Boinet, membre honoraire de la Société de chirurgie, officier de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique, est décédé, le 31 août, à l'âge de soixante-dix-neuf ans.

***

— Par décret en date du 31 août 1886, ont été promus, dans le corps de santé militaire, et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Mutin. — Est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

Au grade de médecin-major de première classe. — (Choix.) M. Poulet. — Est maintenu à l'Ecole du Val-de-Grâce.

M. Robert. — Est maintenu au 56e régiment d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Collin. — Est maintenu au 36e régiment d'infanterie.

M. Chandèze. — Est maintenu au 4e régiment d'infanterie.

(Choix.) M. Wissemans. — Est affecté au 82e régiment d'infanterie.

Au grade de parmacien principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Parent. — Est maintenu à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Camus. — Est affecté à l'hôpital militaire de Perpignan.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Boutté. — Est maitenu à l'hôpital militaire de Lille.

— Par décision ministérielle du 31 août 1886, ont été désignés : M. le médecin principal de deuxième classe Vincens, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

MM. les médecins de première classe : Janson, pour le 130e d'infanterie, — Klée, pour le 84e d'infanterie ; — Gaumé, pour le 118e d'infanterie ; — Gaillard, pour le 63e d'infanterie ; — Vivier, pour le 107e d'infanterie. — Protain, pour le 94e d'infanterie ; — Evrard, pour le 104e d'infanterie ; — Mabboux, pour l'hôpital de Lille ; — Roufiay, pour l'Ecole d'application d'artillerie et du génie ; — Delamare, pour le 82e d'infanterie ; — Foulquier, pour l'hôpital militaire de Versailles ; — Bonnefoy, pour le 15e d'artillerie ; — Lachapelle, pour le 113e d'infanterie ; — Collin, pour le 25e d'artillerie ; — Dionis du Séjour, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Valenciennes ; — Forgues, pour l'hôpital du camp de Châlons ; — Duprey, pour le 3e régiment du génie ; Heuyer, pour le 11e d'artillerie ; — Michaud, pour le 62e d'infanterie ; — Moine, pour le 72e d'infanterie ; — Aubert, pour le 23e d'infanterie.

— Par décision ministérielle du 31 août 1886, ont été désignés : MM. les médecins-majors de 2e classe Cruzel, pour le 93e d'infanterie ; — Malinas, pour les hôpitaux de Tunisie ; — Ebstein, pour le 8e dragons ; — Bachos, pour le 9e chasseurs à cheval ; — Cassedebat, pour le dépôt de convalescents de Porquerolles ; — Baur, pour le 87e d'infanterie ; — Durget, pour le 17e d'infanterie ; — Pongis, pour être attaché à la direction du service de santé du 16e corps d'armée ; — Audiguier, pour le 70e d'infanterie ; — Mary, pour le 5e d'infanterie.

***

— La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira en session ordinaire, à Paris, les 27 et 28 octobre prochain, à huit heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Les membres de la Société qui désirent faire une communication dans cette session, sont priés de vouloir bien prévenir M. le secrétaire, et lui adresser leurs mémoires avant le 27 septembre, rue d'Amsterdam, 72 bis.

La communication doit être faite ou écrite en français.

***

En annonçant la création à Moscou d'un Institut vaccinal pour vaccinations anti-rabiques, le journal russe WRATSCH pose la question de savoir s'il y a lieu de soumettre à des vaccinations préventives, des personnes qui ont fait usage de lait tiré d'une vache atteinte de la rage. Ce cas s'est réalisé dans une famille d'Odessa.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886

1. M. Chambor. Conservation des vibrations thoraciques dans les pleurésies, avec épanchements. — 2. M. Chevallier (Arthur). Traitement de la pustule maligne par les incisions au thermocautère. — 3. M. Chatellier. Des tumeurs adénoïdes du pharynx. — 4. M. Sabatier. Sur les cardiopathies artérielles. — 5. M. Collin (Eugène). Contribution à l'étude de la sclérodermie. — 6. M. Mercier. Contribution à l'étude des rapports de la puerpéralité et de la syphilis, et en particulier de la fièvre syphilitique pendant les suites de couches. — 7. M. Dubrac. Des températures morbides locales dans la colique hépatique. — 8. M. Rihail. Contribution à l'étude de l'insuffisance rénale. Formes cliniques de l'urémie chronique. — 9. M. Soto. La névralgie utérine, ses dangers, son traitement. — 10. M. Béal. Etude sur une complication rare de la trachéotomie (médiastinite antérieure suppurée).

11. M. Castilhon. Contribution à l'étude des végétations et de leur traitement par le grattage. — 12. M. Philippeau. Contribution à l'étude de l'épulis. — 13. M. Morel-Lavallée. Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque. — 14. M. Perrin. De la sarcomatose cutanée. — 15. M. Chevassus. Considérations sur l'influence de l'alcool chez les arthritiques. — 16. M. Krohn. De l'arthritisme. Les lipomes sont-ils d'origine arthritique ? — 17. M. Chochon-Latouche. Etude clinique sur les ruptures du périnée et leur traitement (suture immédiate). — 18. M. Grassin. Contribution à l'étude de la coopérite et de la péricoopérite aiguës. — 19. M. Nativel. Chylurie intertropicale. — 20. M. Carron de la Carrière. De l'existence de la pneumonie locale chez les enfants du premier âge.

21. M. Cassine. Du sarcocèle syphilitique à début inflammatoire et douloureux. — 22. M. Brégeat. Contribution à l'étude des gourmes du pénis. — 23. M. Lamoureux. Des appareils en anesthésie chirurgicale. — 24. M. Filloux. Des ulcérations de l'amygdale. — 25. M. Desfosses. Etude médico-légale sur les blessures par révolver. — 26. M. Hermantier. Tuberculose de la voûte palatine. — 27. M. Delahaye. Du col de l'utérus à la fin de la grossesse. — 28. M. Broca. Etude clinique sur quelques lésions

cutanées des membres variqueux (eczéma, syphilis, ecthyma). — 29. M. Monnier. Contribution à l'étude de la coxalgie. Sur quelques points de physiologie chirurgicale du membre inférieur. — 30. M. Legaleber-Baron. Des manifestations de la goutte sur les organes génitaux.

31. M. Omont. Excursion aux eaux minérales du Caucase. — 32. M. Deschamps (Eugène). De la péritonite périphérique enkystée. — 33. M. Peyrounet de la Fonvielle. De la névralgie du trijumeau et, en particulier, de son traitement par les pulvérisations de chlorure de méthyle. — 34. M. Pelegry. De l'homicide chez les persécutés. — 35. M. Pailhès. Des rétrécissements congénitaux du rectum chez l'adulte. — 36. M. Boursier. De la tuberculose de la vessie. — 37 M. Guyard. Contribution à l'étude du traitement des chéloïdes. — 38. M. Foubert (Sylvain). De la splénotomie pour tumeurs de la rate. — 39. M. Lermoyez. Etude expérimentale sur la phonation. — 40. M. Poupinel. De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire.

41. M. Manrique. Opération d'Alexander. — 42. M. Soreno. De l'eczéma dans les fièvres éruptives chez les enfants. — 43. M. Bidon. Etude sur le syphilome hypertrophique. — 44. M. Louge. Le pouls puerpéral physiologique. — 45. M. Langle. De l'action d'arrêt ou inhibition dans les phénomènes psychiques (lésion de la volonté des auteurs). — 46. M. Danson. De la conduite à tenir à l'égard des vaisseaux dans l'extirpation des tumeurs du pli de l'aine. — 47. M. Drevet. Contribution à l'étude du pronostic de la présentation de la face; statistique de la clinique d'accouchements, 1852-1836. — 48. M. Chisloup. De la paralysie cardio-pulmonaire dans la diphthérie. — 49. M. Mignot. Des sueurs chez les phthisiques et de leur traitement par l'ergot de seigle. — 50. M. Lavergne. Contribution à l'étude des malformations du cœur.

51. M. Bastard. Des modifications imprimées à certains souffles intra-cardiaques par les variations respiratoires. — 52. M. Fauconnier. De la fièvre et des métrorrhagies dans les accouchements syphilitiques. — 53. M. Boisleux. Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de la présentation de la face; statistique de la clinique d'accouchements, 1852-1886. — 54. M. Babilée. Des troubles de la mémoire dans l'alcoolisme et, plus particulièrement, de l'amnésie alcoolique. — 55. M. Hitier. Ambliopie liée à l'hémianesthésie. — 56. M. Benoit. Etude sur l'hématurie dans la rétention d'urine. — 57. M. Assaki. De la suture des nerfs à distance. — 58. M. Davillé. Pleurésie et périsplénite dans la fièvre typhoïde. — 59. M. Villejean. Recherches expérimentales sur les propriétés chimiques et physiologiques du chlorure de méthylène. — 60. M. Feuilletaud. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs du plancher de la bouche.

61. M. Deriencourt. Contribution à l'étude des phlegmons profonds de la paroi antérieure de l'abdomen. — 62. M. Lougnon. Essai sur une variété d'hydarthroses consécutives à l'ostéomyélite décroissante ot entretenue par elle. — 63. M. Brossard. Etude clinique sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive, débutant sur les membres inférieurs. — 64. M. Bettencourt. Contribution à l'étude des réflexes chez les paralytiques généraux. — 65. M. Legendre. Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde. — 66. M. J. Tourneux. De l'érysipèle cataménial. — 67. M. Gandon. Contribution à l'étude de la rétraction des antagonistes dans les paralysies oculaires et de son traitement chirurgical. — 68. M. Lernon. Contribution à l'étude des imperforations ano-rectales. — 69. M. Bigo. Avantages du crin de Florence ou silk-wormgut des Anglais, comme fil de suture. — 70. M. Debrigode. Etude sur un cas d'épanchement sanguin traumatique de l'abdomen.

71. M. Pardo de Tavera. Contribution à l'étude de la périarthrite du genou (affection de la bourse séreuse de la patte d'oie). — 72. M. Toinot. Les eaux potables et le choléra de 1884. — 73. M. Mougenc de Saint-Avid. Etude sur le chancre non infectant de l'utérus et ses rapports avec le chancre mou du vagin. — 74. M. Reilhac. Drainage des bactéries. — 75. M. Ganivet. Contribution à l'étude de la pneumonie épidémique. Epidémies de pneumonies observées à l'hôpital de la marine, à Lorient. — 76. M. Charon. Etude sur le traitement des fractures du bras avec chevauchement des fragments. — 77. M. Terpandros. Etode critique sur les opérations chirurgicales du ptosis paralytique. — 78. M. Thierry. Contribution à l'étude des indications de la thyroïdectomie et des injections interstitielles iodées dans le goître parenchymateux. — 79. M. Michel. De la grippe et de ses manifestations pulmonaires. — 80. M. Legris. Du sulfate de spartéine.

81. M. Barancy. De la phlegmasie péri-utérine bénigne. — 82. M. Manière. Essai historique sur le délire des persécutions. — 83. M. Capdeville. Contribution à l'étude d'un trouble trophique de la peau observé chez les tabétiques (état ichthyosique). — 84. M. Gilbert. Contribution à l'étude du cancer primitif du foie. Du cancer massif du foie. — 85. M. Queyrat. Tuberculose infantile. — 86. M. Lefebvre. Essai sur l'insuffisance aortique chez les enfants. — 87. M. Vandier. De la paralysie agitante consécutive aux traumatismes (étude sur les convulsions et tremblements d'origine traumatique). — 88. M. Florentin. Des divers modes de traitement du genu valgum. — 89. M. Planés La folie à Paris, observée à l'infirmerie spéciale du dépôt, à la préfecture de police. — 90. M. Guzman. Des fistules congénitales du cou, fistules branchiales. Etude anatomo-pathologique.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 29 AOUT AU SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1886

Fièvre typhoïde 31.—Variole 0.— Rougeole 24.— Scarlatine 5. — Coqueluche 12. — Dipthérie, croup 13. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 0. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 55. — Phthisie pulmonaire 161.— Autres tuberculoses 29. —Autres affections générales 69. — Malformation et débilité des âges extrêmes 35. — Bronchite aiguë 36. — Pneumonie 48. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 130. — au sein et mixte 68. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 101. — de l'appareil circulatoire 58. — de l'appareil respiratoire 57. — de l'appareil digestif 49 — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 12 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 25.— Causes non classées 31. — Total de la semaine: 1.091 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La librairie Plon, rue Garancière, Paris, met en vente le huitième volume de l'*Année médicale (1885).* Cette excellente publication, dirigée par le docteur Bourneville, rédacteur en chef du

Progrès médical, avec la collaboration de nos plus éminents praticiens, résume les progrès réalisés pendant l'année par les sciences médicales.

Anatomie, physiologie, médecine, chirurgie, obstétrique, thérapeutique, gynécologie, hygiène, y sont passés en revue avec beaucoup de soin.

Un vol. in-18. — Prix : 4 fr.

Des parentés morbides, par le docteur Boinet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — In-18 avec nombreux tableaux. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Recherches sur l'électrolyse et le transfert des médicaments à travers l'organisme par le courant électrique, par le docteur G. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin. Une brochure in-8 de 13 pages. — Prix : 50 cent. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De l'involution sénile, ses modifications organiques et fonctionnelles dans la vieillesse, par le docteur Brousse. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Des tumeurs du larynx, par Ch.-Ed. Schwartz, chirurgien des hôpitaux de Paris, 1886. Un vol gr. in-8 de 291 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Bourbon-l'Archambault. Ses eaux minérales et ses nouveaux thermes. Guide pratique et médical du baigneur et du médecin, par le docteur P. Regnauld, médecin-inspecteur. Brochure in-8. — Prix : 2 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

La syphilis héréditaire tardive. Leçons professées par Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8, avec 31 figures, par A. Forgeron. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulev. St-Germain.

Manuel d'embryologie humaine et comparée, par Ch. Debierre, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, précédé d'une préface de M. J. Renaut, professeur d'anatomie générale à la Faculté de médecine de Lyon. Un volume in-18 de 796 pages, avec 321 figures dans le texte et 8 planches en couleur hors texte. — Prix : 8 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La digestion stomacale, étude physiologique et hygiénique, par A. Herzen, professeur de physiologie à l'Académie de Lausanne. Lausanne, 1886. Un vol. in-18 de 185 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Des pyrexies abortives, par le docteur Maurice Letulle, médecin des hôpitaux. Grand in-8 de 210 pages, avec 18 tracés. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale, par les docteurs Robert Barnes et Jaucours Barnes. Traduit et annoté par le docteur A.-E. Cordes. Un vol. in-8, avec 180 fig. — Prix : 18 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulev. Saint-Germain.

Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs, par F. Lagrange, professeur agrégé, etc. Un vol. in-8. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Lettres à M. le docteur F. DE RANSE, *directeur de la* GAZETTE MÉDICALE, *sur la théorie du microzyma et le système microbien.*

QUATRIÈME LETTRE

SOMMAIRE.— Réflexions sur l'altération du sang à l'abri des germes. — Une expérience contemporaine de celle-là.— Le dogme de la fermeture du corps aux germes et ses conséquences. — Comment selon ce dogme un animal entier se putréfie. — Principe de l'indestructibilité des matières organiques constituées par la vie. — La chair musculaire, au contact ou à l'abri de l'air, en l'absence des germes se faisande ou se gangrène.— Réaction mutuelle des solides et des liquides !— Les actions de contact et de diastase ! — Une vie physique et chimique après la mort ! — Réflexions et conclusions.

Masevaux (Alsace), le 28 août 1886.

Monsieur,

C'est désormais incontestable, la fameuse expérience qui devait servir à démontrer la conservation du sang dans l'air pur, à l'abri des germes des ferments, prouve, au contraire, la généralité du fait anciennement constaté de l'altérabilité spontanée des matières animales naturelles, telles qu'on les retire d'un organisme en pleine santé. Oui, il y a plus d'un siècle, Macquer avait déjà raison de soutenir que ces matières s'altèrent d'elles-mêmes, dans les conditions qu'il a spécifiées Ainsi tombe le point d'appui de l'un des dogmes du système microbien et s'évanouit une légende.

J'ai dit comment M. Pasteur avait été obligé d'admettre l'altération et comment il avait enfin reconnu qu'il fallait une cause à la coagulation, au changement de couleur, à la formation des cristaux, à la destruction des globules, à l'apparition des granulations moléculaires, etc., dans le sang, qu'il croyait *conservé*, de son expérience. Mais cette cause, qu'il n'avait pas essayé de découvrir auparavant, il refuse de la chercher dans le sang lui-même, et il assure que les transformations observées sont déterminées par l'influence de l'oxygène de l'air. En invoquant l'influence non expliquée de l'oxygène, M. Pasteur ne s'est point aperçu que son explication, donnée après coup, était précisément celle que donnait Gay-Lussac cinquante ans auparavant et après lui Liebig et Ch. Gerhardt.

Quoi qu'il en soit, l'explication ne vaut rien; je ferai voir, au contraire, que c'est dans l'air, dans l'oxygène même, que le sang, toutes choses égales d'ailleurs, se conserve le mieux et que c'est dans l'acide carbonique, en l'absence complète de l'oxygène, que les transformarions sont les plus rapides. L'oxygène n'étant pas la cause de l'altération, quelle est-elle ? où faut-il la chercher ? Dans le sang lui-même,(1) comme dans toutes les matières naturelles qui sont spontanément altérables !

C'est cette grande vérité, qui découle de la théorie du microzyma comme une évidence, qu'il s'agit de mettre en lumière. Et ce n'est pas ma faute si, pour y parvenir, je suis obligé de faire remarquer que c'est parce qu'il la méconnaît, que M. Pasteur est sans cesse disposé à substituer des solutions imaginaires aux faits qui lui manquent, lorsqu'il tente d'expliquer les phénomènes qu'il a observés après beaucoup d'autres savants.

Le peintre est bien heureux de pouvoir exprimer dans un tableau unique, dont toutes les parties puissent être embrassées d'un seul coup d'œil, l'idée qu'il a voulu rendre sensible. Moins fortuné, je n'ai pas la même ressource, voilà pourquoi il me faut consacrer plusieurs lettres à l'exposition de la même vérité, pour la rendre enfin sensible à tous.

C'est parce que cette vérité trouve une nouvelle vérification dans une expérience de M. Pasteur, contemporaine de celle sur le sang, qu'avant de tirer la conclusion qui ressort des faits de celle-ci, je suis obligé de la faire connaître avec quelque détail. Il s'agit de cette expérience sur la viande que je lui ai opposée dans la discussion et au sujet de laquelle il m'a répliqué ceci : « Je ne sais ce que vous voulez dire en parlant d'une expérience de moi sur la viande » (2).

Pour comprendre la portée considérable de cette expérience mémorable,— mémorable non pas en elle-même, mais par l'explication que M. Pasteur lui a cherchée. — il faut la rapprocher de celle sur le sang, qui l'a précédée, du moins quant à sa publication, et qui a servi à formuler ce nouveau dogme de la doctrine microbienne, que je rappelle, savoir :

« Le corps des animaux est fermé, dans les cas ordinaires, à l'introduction des germes des êtres inférieurs » (3).

(1) L'altération, si elle tenait à l'influence de l'oxygène ou de telle autre influence extrinsèque, serait la même pour tous les sangs ; or, tandis que les cristaux se forment avec une remarquable facilité si on expérimente sur le sang de chien, ils ne se forment point, soit en présence de l'air, soit de l'acide carbonique, si c'est sur le sang de bœuf, de poule ou de canard.

(2) BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, 2e série, t. XV, p. 681.

(3) COMPTES RENDUS, t. LVI, p. 1193.

Ce dogme, il faut s'en souvenir, a été tiré de l'expérience sur le sang, pour servir d'introduction à l'expérience sur la viande; il a été formulé dans le Mémoire même où celle-ci a été exposée. Voyons quelles en sont les conséquences.

« Les cas ordinaires » étant, pour les corps des animaux, l'état de santé, il résulte de ce dogme, en nous servant du langage actuel du système, qu'il n'existe pas de germes de *microbes* dans un corps d'animal. Mais pour être tout-à-fait précis et exact, car le mot de microbe est devenu d'une signification par trop vague, il faut dire qu'il n'existe dans ce corps aucun germe de vibrions, de bactéries ou de schizomycètes — comme on appelle aujourd'hui les vibrioniens, mais à tort et comme pour embrouiller encore des choses qui le sont déjà bien assez.

En d'autres termes, le dogme affirme qu'un vibrionien ne peut pas naître à même les tissus d'un animal, « dans les cas ordinaires »; de telle sorte que lorsqu'on en voit apparaître dans un de ces tissus, c'est que le « cas est extraordinaire » et qu'un germe de l'air leur a donné naissance.

La mort, c'est évident, fait cesser « les cas ordinaires »; dès lors le corps qui était fermé se trouve ouvert et les germes qui ne pouvaient pas entrer, entrent. On ne voit pas bien comment les germes qui n'entraient pas, entrent; mais, du moins sont-ils connus? Non, M. Pasteur ne les a jamais décrits! Néanmoins il assure qu'ils entrent; ils entrent même, soit au contact, soit à l'abri de l'air, par deux portes; alors la putréfaction s'établit et sans eux il n'y aurait pas d'altération! Je dis qu'il l'assure : je ne dis pas qu'il le prouve! Et pour que cela soit bien établi, je cite :

« Un animal entier, a-t-il dit, soit au contact de l'air, soit à l'abri de l'air, toute la surface de son corps est couverte des poussières que l'air charrie, c'est-à-dire des germes d'organismes inférieurs. Son canal intestinal, là surtout où se forment les matières fécales, est rempli non plus seulement de germes, mais de vibrions tout développés. Ces vibrions ont une grande avance sur les germes de la surface du corps. Ils sont à l'état d'individus adultes, privés d'air, baignés de liquides, en voie de multiplication et de fonctionnement. C'est par eux que commence la putréfaction du corps, qui n'a été préservé jusque-là que par la vie et la nutrition des organes (1). »

Le vague de cette citation, touchant les germes, saute aux yeux; « poussières que l'air charrie », et les voilà décrits! Ces germes existent avec les vibrions « dans le lieu où se forment les matières fécales »; mais il se borne à l'affirmer et ne les décrit pas davantage. Quoi qu'il en soit, c'est « la *vie* et la nutrition des organes » qui ferment le corps et défendent son contenu contre la putréfaction dont ces germes le menacent sans cesse. Après la mort, il n'y a plus de vie et plus de nutrition des organes pour fermer le corps; alors on admet que les germes entrent, font leur œuvre et le réduisent en gaz et en vapeurs, comme s'exprime M. Denys Cochin.

La conséquence qui se dégage de l'exposition du système, d'après la citation, c'est celle qu'énonçait M. Cochin dans l'article de la REVUE DES DEUX-MONDES, que j'ai cité dans la dernière lettre, savoir : qu'il y a deux classes irréductibles d'êtres vivants, ceux que M. Pasteur appelait alors *les organismes inférieurs*, les ferments dont parlait M. Cochin, les microbes d'aujourd'hui, et les organismes supérieurs, ceux-là ayant pour mission de détruire ceux-ci après qu'ils ont vécu. Toutefois, il importe d'en faire la remarque, à l'époque où M. Pasteur exposait pour la première fois son système, il ne tirait pas encore du dogme de *la fermeture du corps*, et de la pénétration accidentelle des germes, les conséquences qu'il en déduisit plus tard, longtemps après Davaine, dont il devint enfin le disciple.

(1) COMPTES RENDUS, t. LVI, p. 1193.

En 1863, M. Pasteur se proposait seulement d'expliquer la destruction de la matière organique des corps morts. Il importe, à cause de la discussion actuelle, de se demander si cette nécessaire destruction est vraiment livrée, comme le croit le célèbre savant, aux hasards d'une cause étrangère à l'organisme. Sans doute, il le croit fermement, mais il se trompe. C'est pourquoi il faut songer que son système réfléchi est donné comme le résultat d'études sérieuses de chimie et de biologie; qu'il est sérieusement énoncé et qu'il est accepté, comme étant le dernier mot de la science, par des savants distingués avant de l'être par le grand public. Et c'est sur la foi de ces autorités qu'on en est arrivé d'abord à ne pas douter qu'un animal entier, si son corps était abandonné sur la terre, dans les conditions de température actuelle de nos climats, se conserverait indéfiniment sans les germes « des poussières que l'air charrie » dont son corps est couvert et sans les germes et les vibrions « du lieu où se forment les matières fécales »; et, ensuite, à croire que ces germes et ces vibrions sont les causes uniques de nos maladies.

Oui, M. Pasteur croit à l'indestructibilité naturelle des matières animales. En effet, dans le Mémoire même, concernant son expérience sur la viande, il a formellement énoncé le principe de cette indestructibilité, quoique avec une certaine hésitation cependant. Voici comment il s'exprime : « Les principes immédiats des corps vivants seraient *en quelque sorte* indestructibles si l'on supprimait de l'ensemble des êtres que Dieu a créés les plus petits, les plus inutiles en apparence. » Pour l'intelligence de ce qui va suivre, je vous prie de bien remarquer avec quelle prudence cela est rédigé : les matières en question sont bien indestructibles, mais seulement *en quelque sorte!*

Mais je l'ai déjà dit et je le prouverai, les véritables principes immédiats que l'analyse extrait des corps vivants ne sont pas seulement *en quelque sorte indestructibles* en l'absence des vibrioniens, ils le sont *absolument*. Aussi ne s'agit-il pas d'eux dans la pensée de M. Pasteur, mais de ces « matières organiques naturelles » telles que la vie les constitue (1) », le sang, la viande, etc., lesquelles sont supposées des mélanges de composés purement chimiques où n'existerait rien d'anomiquement vivant.

L'expérience sur la viande devait prouver cette indestructibilité et démontrer en même temps qu'elle ne se putréfierait pas, c'est-à-dire ne fermenterait pas à l'abri des germes. Voici cette expérience : soit un morceau de viande fraîche, qu'il s'agit de mettre dans une situation où l'influence des germes soit annulée.

« Bien des moyens, dit M. Pasteur, peuvent s'opposer à la putréfaction des couches superficielles. Il suffit, par exemple, d'envelopper la viande d'un linge imbibé d'alcool et de la placer ensuite dans un vase fermé (avec ou sans air, peu importe) pour que l'évaporation des vapeurs d'alcool ne puisse pas avoir lieu. Il n'y aura pas de putréfaction soit à l'INTÉRIEUR, parce que *les germes*

(1) COMPTES RENDUS, t. LVI, p. 738.

des vibrions sont absents, soit à l'EXTÉRIEUR, parce que *les vapeurs d'alcool s'opposent au développement des germes de la surface*(1). »

M. Pasteur appliquait ici le principe de ma théorie de l'antisepticité. Six ans auparavant, en effet, j'avais démontré que les agents réputés antiseptiques empêchaient l'altération, la fermentation des principes immédiats purs, en tarissant la fécondité des germes, en empêchant leur développement et en stérilisant les milieux (2). Si je le rappelle ici, c'est qu'il a une grande portée dans cette discussion et que M. Pasteur lui-même le tient pour démontré.

La viande, grâce à la présence de l'alcool, ne s'altère donc pas, parce que l'influence des germes de l'air est annihilée! Oui, le savant expérimentateur l'affirme : « il n'y aura pas de putréfaction» et il met le verbe au futur comme pour bien marquer que la conservation sera indéfinie et cela avec ou sans air, c'est-à-dire malgré la présence ou l'absence de l'oxygène. Bref, sauf cette dernière circonstance, il en est du muscle comme du sang. Cependant, de même que pour ce dernier, il a noté les changements qui se produisent dans la masse musculaire suivant sa grosseur. Ecoutez :

« J'ai constaté, dit-il, que la viande se faisande d'une manière prononcée si elle est en petite quantité et qu'elle se gangrène si elle est en masses plus considérables (3). »

Mais *se faisander, se gangréner*, n'est-ce pas s'altérer? En langage vulgaire, le *faisandé* c'est le fumet que prend le faisan ou telle autre viande en se mortifiant, et personne n'oserait dire qu'une viande ainsi mortifiée n'est pas une viande altérée.

Telle est cette expérience qui nous montre M. Pasteur, constatant, à son tour, personnellement, le fait très remarquable, très général et très important de l'altérabilité spontanée des matières organiques naturelles qu'il a dit être constituées par la vie. Voilà donc une fois encore que M. Pasteur a vérifié l'impossibilité de conserver inaltérées les matières animales naturelles à l'abri ou au contact de l'air, peu importe. Or, à toute altération il faut une cause, et je ne peux pas ne pas faire remarquer que le cadavre d'un faisan, bien que son corps *soit couvert de germes* et que *des vibrions ou leurs germes* existent dans *le lieu où se forment les matières fécales*, se faisande aussi avant d'atteindre la période d'altération qui le rend fétide! Est-ce que dans ce cas le phénomène serait autre et la cause différente?

Je ne veux pas rechercher en ce moment quelle est cette cause et si ce n'est pas là le premier degré de la putréfaction de la viande; mais, certainement se faisande c'est subir une certaine altération, c'est former des produits qui n'existaient pas auparavant et ces produits doivent être le résultat de réactions chimiques qui doivent avoir une cause provocatrice; or, puisque, par hypothèse, les germes sont absents, c'est, d'après M. Pasteur lui-même, que la réaction est spontanée, c'est-à-dire que sa cause est dans la matière animale elle-même : cela saute aux yeux! Mais on pourrait croire, d'après le mot prononcé à l'Académie par M. Pasteur au moment où je lui rappelais son expérience (4), qu'on ne s'appuie plus sur elle pour soutenir le système. On aurait tort, car M. Duclaux, quatorze ans

(1) Ibidem, p. 1194.
(2) ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE, 3e série, t. LIV, p. 37.
(3) COMPTES RENDUS, t. LVI, p. 1194.
(4) BOLLETIN DE L'ACAD. DE MÉD., 2e série, t. XV, p. 681.

plus tard, en 1877, une année après la publication du livre de M. Pasteur sur la bière, la rapportait dans les mêmes termes à l'appui de la même thèse (1).

Quoi qu'il en soit de ces diverses observations, selon M. Pasteur, se faisander ou se gangrener ne sont pas des phénomènes de fermentation, c'est-à-dire ne sont point le résultat de l'action de quelque micro-organisme. Il importe de mettre cela hors de doute.

L'interprétation, la signification et l'explication de son expérience sur la viande n'ont pas laissé de beaucoup l'embarrasser. Je montrerai que le savant auteur était même d'avance convaincu que la viande ne se conserverait pas inaltérée. Nous avons vu plus haut avec quelle réserve il s'est prononcé sur la destructibilité des *principes immédiats des corps vivants*, lesquels sont « les plus petits des êtres que Dieu a créés », seraient seulement « en quelque sorte indestructibles », c'est-à-dire point absolument inaltérables.

A cause d'une objection de M. Cornil, sur laquelle j'aurai à revenir et qui est relative à la gangrène, il faut d'abord montrer M. Pasteur faisant effort pour se démontrer à lui-même que la gangrène n'a rien de commun avec la fermentation, en d'autres termes, n'a pas pour cause quelque micro-organisme. Voici textuellement comment il s'est exprimé à ce sujet :

« A mon avis, dit-il, et c'est ici un des exemples où pèche par trop d'étendue la définition ordinaire de la putréfaction : *il n'y a aucune similitude de nature ni d'origine* entre la putréfaction et la gangrène. Loin d'être la putréfaction proprement dite, la gangrène me paraît être l'état d'un organe ou d'une partie d'organe conservé, malgré la mort, à l'abri de la putréfaction, et dont les liquides et les solides réagissent chimiquement et physiquement en dehors des actes normaux de la nutrition (2) ».

Je vous le demande, Monsieur et éminent collègue, peut-on plus fortement exprimer l'idée que la gangrène, quant à *sa nature*, n'est pas une fermentation et, quant à *son origine*, n'a pas pour cause quelque ferment figuré? Certainement M. Pasteur, égaré par le préjugé séculaire, n'a pas vu — et comme pour le sang, je le prends ici sur le fait — non seulement les microzymas, mais souvent les microzymas en évolution et les bactéries qui existent dans la viande fortement faisandée aussi bien que dans la véritable gangrène, c'est-à-dire la gangrène pathologique, ainsi que, les premiers, nous l'avons démontré, Estor et moi (3). C'est pour avoir mal observé qu'il a méconnu ces petits êtres, qu'il a imaginé des réactions dont la chimie n'a aucune idée, et qu'après ce qui précède, il a écrit ceci :

« J'oserais dire que la gangrène est un phénomène du même ordre que celui que nous offre un fruit qui mûrit en dehors de l'arbre qui l'a porté ».

J'oserais dire, moi, selon la théorie du microzyma, que c'est là une pauvre physiologie!

(1) DICT. ENCYCL. DES SC. MÉDICALES, art. *Fermentation*.
(2) COMPTES RENDUS. t. LVI. p. 1194.
(3) Je ne veux rien dire de plus ici de cette sorte d'altération spontanée de la viande, que M. Pasteur a nommée gangrène, et qu'il ne faut pas confondre avec la terrible affection que la médecine connaît comme se produisant sur le vivant. Mais il peut être utile d'essayer de comprendre ce que M. Pasteur a voulu dire, en parlant de la putréfaction proprement dite et de sa définition, qui pècherait par trop d'étendue. La putréfaction n'est qu'une fermentation; or, depuis Cagniard de Latour, la fermentation proprement dite n'est autre que celle qui reconnaît pour cause quelque ferment

Et c'est aussi une pauvre chimie que celle dont il s'est inspiré, lorsqu'il a voulu expliquer les transformations survenues dans la viande faisandée.

Nous savons comment M. Pasteur a mis sur le compte de l'oxygène les altérations du sang; mais la viande se faisandant en l'absence comme au contact de l'air, il n'a pas pu invoquer la même cause; c'est alors qu'il a imaginé les explications dont celle concernant la gangrène est comme le modèle. Faisons connaître ces explications, et, procédant par ordre, je veux tenir en même temps la promesse faite plus haut, et montrer que M. Pasteur était d'avance convaincu que les viandes ne se conserveraient pas. Ecoutez:

« Considérons, dit-il, pour fixer les idées, une masse volumineuse de chair musculaire: qu'arrivera-t-il si on empêche la putréfaction extérieure? La viande conservera-t-elle son état, sa structure et ses qualités des premières heures? *On ne saurait espérer un pareil résultat* (1) ».

En vérité, on le savait bien. La viande s'altérera donc; mais pourquoi ne saurait-on espérer sa conservation? La réponse est bien simple et fort lumineuse; bien difficile qui ne s'en contenterait point!

« En effet, continue M. Pasteur, il est impossible aux températures ordinaires de soustraire l'intérieur de cette chair à la réaction des solides et des liquides les uns sur les autres (2) ».

C'est merveilleux de clarté et de nouveauté! mais Appert savait bien que pour faire des conserves, il faut soumettre les matières à l'action d'une température élevée! Mais ces liquides et ces solides qui réagissent ainsi aux températures ordinaires, quels sont-ils? M. Pasteur ne les nomme pas, mais empruntant le langage de Mitscherlich et de l'ancienne théorie de la fermentation, il ajoute:

« Il y aura toujours et forcément des actions dites de contact, des actions de diastase (que l'on me permette cette expression) (3) qui développeront, dans l'intérieur du morceau de viande, de petites quantités des substances nouvelles, lesquelles ajouteront, à la saveur de la viande leur saveur propre (4) ».

Voilà les explications fournies par la physiologie et la chimie de la matière vivante sans structure. Nous verrons comment la théorie du microzyma explique le phénomène, en le faisant rentrer dans le phénomène général de la nutrition. Mais allons jusqu'au bout de l'effort fait par M. Pasteur, pour prouver que la viande faisandée n'est pas de la viande fermentée et pour expliquer l'altération.

C'est évident; la viande détachée de l'animal est du muscle mort; c'est bien de la matière qui a vécu, comme s'exprime M. Denys Cochin, et qui, en cette qualité, devrait être inaltérable, ainsi que M. Pasteur lui-même l'avait d'abord affirmé; cependant, l'expérience sur la viande lui ayant donné un cruel démenti, M. Pasteur en vint à penser que:

organisé. C'est contre cette lumineuse conception que M. Pasteur proteste ici, précisément parce qu'il constate des changements, et qu'il ne voit rien d'organisé dans la viande de son expérience: il s'est trompé, voilà tout.

(1) Comptes rendus, t. LVI, p. 1193.

(2) *Ibid.*

(3) Mais, non, on ne pouvait pas vous permettre cette expression, car vous ne connaissiez pas de diastase dans la viande, ni les corps sur lesquels vous la supposiez agissante!

(4) Comptes rendus, t. LVI, p. 1193.

« La mort ne supprime pas la réaction des solides et des liquides dans l'organisme. Une sorte de vie physique et chimique, dit-il, si je puis ainsi parler, continue d'agir (1) ».

En somme, M. Pasteur n'a rien expliqué; il a invoqué des causes occultes, supposé des agents dont l'existence était inconnus et substitué des solutions imaginaires aux faits qui lui manquaient. Bref, il a violé tous les principes de la méthode expérimentale.

L'incohérence du système ressort du fait que les mêmes explications n'ont pas été cherchées pour rendre compte des transformations survenues dans le sang. Mais, est-ce que dans celui-ci ces vies, — que M. Pasteur dénomme d'une façon si originale — qui survivent à la mort, n'existent pas? Est-ce qu'il ne contient pas de ces solides et de ces liquides pouvant réagir les uns sur les autres? Est-ce qu'on lui ne s'exercent pas de ces actions de contract ou de diastase? Si oui, pourquoi invoquer exclusivement l'influence de l'oxygène? Si non, comment cela se fait-il?

Quoi qu'il en soit, M. Pasteur n'a pas prouvé que l'altération de la viande n'est pas une putréfaction, et pour prouver que c'est une fermentation, il aurait fallu ne pas négliger ce qu'il a négligé et, de plus, analyser exactement, ou du moins, tenter d'analyser la viande faisandée.

Agréez, etc. A. Béchamp.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

A propos d'une observation de rupture du foie et de la vessie, par M. Maubrac, aide-major (2).

H. A..., 23 ans, le 1er mars, renversé par un omnibus: une roue lui passe sur le corps, au niveau du bassin. Douleur très légère à l'hypochondre droit; région hypogastrique très douloureuse; le bassin n'est pas fracturé; le malade a uriné quelques instants avant l'accident. Bientôt ténesme vésical et anal; vains efforts de défécation et de miction. Le cathétérisme donne 150 grammes d'urine sanglante qui sort en bavant, ou en jet quand le malade fait effort.

Le 2 mars, plus de ténesme; le cathétérisme (car le malade n'a pu supporter de sonde à demeure) donne 200 grammes d'urine brune, à odeur spermatique, qui s'échappe avec force de la sonde. Le soir, à trois heures, le cathétérisme donne 850 grammes d'urine non altérée.

Le 3 mars, amélioration: urine toujours brune. Teinte subictérique.

Le 4 mars. — A un cathétérisme, on retire 400 grammes d'urine qui jaillit à 8 ou 10 centimètres de la sonde, sans pus ni mauvaise odeur.

Le 5 mars. — Etat général bon.

Le 6 mars. — La température, qui avait oscillé autour de 37°, monte sans cause à 39o; l'urine reste claire

Le 7 mars. — Prostration, urine ammoniacale, la température reste jusqu'à la mort au-dessous de 37°; pouls 116.

(1) *Ibidem.*

(2) Nous donnons ici, très résumée, une observation communiquée avec détails à la Société anatomique dans la séance du 20 mars 1885. De longs retards apportés à l'examen histologique des lésions du foie nous ont empêché de joindre les réflexions qui suivent au manuscrit lors de la présentation des pièces; cependant, nous avons cru pouvoir encore les publier, à cause de la rareté des faits qui nous les ont inspirées.

Le 8 mars. — Dyspnée, congestion du poumon droit, cyanose, urine purulente; mort à neuf heures du soir.

Autopsie. — Anses intestinales adhérentes surtout dans le flanc droit. Sur la face convexe du foie, sillon, trace de rupture, parallèle au bord antérieur long de 24 centimètres; en son milieu, un autre sillon aboutit perpendiculairement, formant un Y; le sillon est jaunâtre; les lèvres en paraissent réunies. Les coupes du foie montrent que la rupture supérieure a intéressé la capsule de Glisson, et est cicatrisée; au point de réunion des deux branches de l'Y, noyau cicatriciel; autour sont deux foyers sanguins : traces de ruptures profondes, noirâtres, entourées d'une zône rouge carminée. Sur le lobe droit, un foyer sanguin est situé autour d'une veine sus-hépatique intacte; l'épanchement s'est fait autour de la veine et non à ses dépens.

Traces de péritonite surtout dans le flanc droit. Pas de rupture intestinale; ecchymoses diffuses dans diverses anses intestinales et surtout le cœcum, l'S iliaque, le rectum.

Au niveau du petit bassin, des anses d'intestin grêle accolées, soudées entre elles et à l'S iliaque, forment une voûte complète au niveau du détroit supérieur, isolant de la cavité péritonéale, une cavité nouvelle, parfaitement close, située au-dessous, contenant, mélangée à du pus, de l'urine qui s'échappe avec force par l'ouverture qu'on vient de créer.

La vessie présente sur sa face antérieure et supérieure, sur la portion péritonéale, une déchirure transversale de 6 centimètres; se dirigeant en arrière, sur une étendue de 2 centimètres, existe une rupture incomplète comprenant la séreuse péritonéale et quelques fibres musculaires superficielles.

Le bassin, examiné au point de vue d'une fracture qui aurait pu passer inaperçue durant la vie, est intact; il n'y a point non plus de diastasis des symphyses pubienne ou sacro-iliaques.

En résumé : roue de voiture passant sur l'abdomen et produisant un ensemble de phénomènes, dont les plus saillants ont été :

1o Douleur légère à l'hypochondre droit; teinte subictérique fugitive;

2o Vomissements les deux premiers jours, cessant le troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième jour, pour reparaître quelques heures avant la mort. Douleur à la fosse iliaque droite, sans météorisme ni épanchement; absence complète de selles depuis le jour de l'accident, malgré les évacuants donnés par le rectum;

3o Miction impossible. Le cathétérisme amène de l'urine en quantité sensiblement normale, expulsée parfois en jet et avec force, contenant du sang en grande quantité au début, se chargeant de pus dans les derniers jours; en même temps, vive douleur rétro-pubienne et dans les lombes.

Correspondant à ces symptômes, l'autopsie a montré :

1o Des ruptures multiples du foie;

2o De la contusion intestinale avec péritonite généralisée, pseudo-membraneuse, sans épanchement liquide appréciable;

3o Une rupture de la vessie, avec formation d'une cavité nouvelle dans laquelle urinait le malade.

Le tout ayant permis une survie de sept jours pleins, avec très peu de fièvre, un pouls oscillant entre 90 et 100, entraînant la mort par péritonite, congestion pulmonaire et épuisement nerveux.

La lésion du foie s'est manifestée durant la vie par une légère douleur qui a disparu rapidement et une teinte subictérique persistant vingt-quatre heures à peine.

L'autopsie a montré, réunies sur une même pièce les phases — qu'on pourrait appeler classiques — de l'évolution des plaies du foie, évolution qui diffère selon que les plaies intéressent la capsule de Glisson ou bien sont situées profondément dans l'organe : cicatrice rapide dans le premier cas (dans notre observation, au septième jour, il y avait un noyau de tissu cicatriciel de 0m,03); si la rupture est profonde, la résolution est lente, les foyers persistent un et deux mois à l'état de taches noirâtres, pulpeuses.

L'absence de traces de contusion, — soit ecchymose, soit douleur — nous engage à éliminer un traumatisme portant sur la région hépatique elle-même, pour expliquer la rupture du foie : nous croyons pouvoir incriminer la roue de la voiture, bien qu'elle soit passée à quelque distance du foie, et l'on comprend, en raison même de la direction de l'agent traumatique, pourquoi le trait d'éclatement est dirigé transversalement et non point dans le sens antéro-postérieur, comme on le constate dans la majorité des cas.

Les ruptures intra-parenchymateuses sont disséminées dans le lobe droit. La nature du traumatisme justifie leur présence. « C'est à la suite de la contusion par pression que l'on a observé des foyers sanguins au centre du foie » (Roustan). Une veine sus-hépatique — nous y avons insisté dans l'autopsie — paraît avoir au moins guidé la formation d'une de ces ruptures, en restant intacte elle-même, ce qui s'observe assez souvent, et s'explique par ce fait, que les parois vasculaires sont plus résistantes que le tissu hépatique.

Enfin, dans ce cas particulier, la bénignité d'évolution est manifeste. — Sur la face convexe, siége de la déchirure, le péritoine est sain, sans inflammation ni adhérences prévenues peut-être par le développement rapide d'un endothélium, qui apparaît, au moins chez les animaux, dès que la solution de continuité présente un tissu suffisant pour le supporter (Térillon). Point de vestiges d'hémorrhagie, d'accord en cela avec les faits déjà observés, cliniques (Th. de Roustan) ou expérimentaux (Terrillon — Klob — Tillmann), l'hémorrhagie s'arrêtant promptement par thrombus des vaisseaux coupés (Griffini).

Tillmann conclut que les plaies du foie sont bénignes en elles-mêmes; l'hémorrhagie n'est mortelle que si de gros vaisseaux ont été intéressés. Dans le cas contraire, en 36—48 heures, les lèvres de la plaie sont refermées par des caillots et toute trace d'épanchement a disparu de la cavité abdominale.

Si l'on est d'accord sur le degré de gravité des ruptures du foie, et si l'on reconnaît que, le plus souvent, la mort est causée par des désordres concomittants, très rarement par la blessure elle-même, l'on est moins fixé sur les phénomènes intimes de la cicatrisation.

Des travaux importants, des expérimentations nombreuses ont tenté de résoudre les inconnues de ce sujet, et si l'on décrit, au moins dans ses caractères principaux l'évolution cicatricielle du foie, il faut bien reconnaître que cette étude, tout entière d'expérimentation, n'a pas été vérifiée chez l'homme. Non point que l'accident soit absolument rare, mais la rupture du foie, ou bien guérit et alors échappe à l'examen, ou bien entraîne la mort trop rapidement et la plaie n'a pas eu le temps d'évoluer. — Disons encore que cette étude de la cicatrisation est assez récente, celle de la régénérescence surtout.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Luxation sous-pubienne. — Réduction, par M. Peigné, interne à l'Hôtel-Dieu, service de M. Richer.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, grand, fort et vigoureux, qui, un jour d'orage, voulut traverser la chaussée, glissa la jambe écartée et ne put se relever; il raconte qu'il avait la jambe engourdie, mais pas très douloureuse. Quoi qu'il en soit, on dût le transporter à l'Hôtel-Dieu, et c'est dans ces conditions que nous l'avons trouvé ce matin dans nos salles.

L'attitude du membre est bizarre. La hanche est déformée; mais la première chose qui frappe est l'élargissement de la racine de la cuisse résultant d'une forte saillie en dedans. La cuisse elle-même semble déviée de ce côté, et le squelette, c'est-à-dire le fémur, dirigé en ce sens; son axe paraît se prolonger vers le périnée.

En dehors, au contraire, il existe comme un angle rentrant; la face externe de la hanche semble aplatie et l'est en réalité. La saillie trochantérienne a disparu à l'œil, mais on la retrouve en palpant fortement la région; on constate qu'elle est reportée de plusieurs centimètres en dedans. L'épine iliaque la surplombe et paraît notablement plus en dehors qu'elle; le muscle « fascia lata » fait saillie en avant de la courbe. Il y a là une disposition inverse de ce que l'on trouve à l'état normal et qui chez notre malade établit un contraste intéressant avec la hanche du côté opposé.

De ce qui précède, on peut facilement conclure que le fémur est déplacé en dedans par sa partie supérieure. Est-il luxé ou fracturé?

L'examen prouve qu'il n'y a pas de fracture; la tête n'est plus dans la cavité, et l'on sent facilement une dépression profonde au niveau du triangle de Scarpa; mais la recherche de sa position anormale a été, comme toujours, particulièrement difficile. Plusieurs observateurs ont, d'après le dire de Malgaigne, confessé qu'ils n'avaient pu la sentir.

C'est ordinairement en dedans et en avant, sous le muscle pectiné, qu'il faut la chercher. Rarement, d'après Malgaigne, elle fait saillie dans le triangle inguinal; dans notre cas, il a été possible, en déprimant suffisamment les adducteurs, de la sentir rouler sous le doigt en dedans de l'artère crurale. C'est là une particularité d'autant plus intéressante qu'elle a été plus rarement obtenue.

Au point de vue du diagnostic, cette constatation jointe aux signes tirés de l'inspection nous a permis d'affirmer nettement que la tête se trouvait en dedans. D'ailleurs, l'examen complet du malade couché sur le dos montre qu'elle n'est nulle part ailleurs.

D'autre part, il y a une diminution de longueur du membre, de 2 centimètres de l'épine iliaque à la rotule, raccourcissement qui s'explique par la situation de la tête dans le trou sous-pubien. Ce fait montre encore que Malgaigne avait, bien à tort, rejeté la possibilité de l'allongement dans cette variété de luxation.

Enfin, l'ecchymose considérable apparue depuis deux jours en dedans et en arrière de la racine de la cuisse vient encore confirmer le diagnostic.

La cuisse est demi-fléchie, en abduction notable; il y a de plus un peu de flexion de la jambe, mais on n'observe pas de rotation.

Il n'existe pas de rétention d'urine, comme dans les cas de B. Cooper et de Paletta signalés par Malgaigne. La douleur est à peu près nulle, mais l'impotence du membre est absolue. Les mouvements provoqués sont très limités et impossibles dans le sens de l'adduction.

En résumé, les signes énumérés plus haut permettent d'affirmer l'existence d'une luxation en dedans sous-pubienne.

Mais, il est un point important à trancher, c'est celui de savoir si elle s'accompagne ou non d'une fracture. La fracture du col doit être mise hors de cause, mais il se pourrait que la paroi interne du bourrelet cotyloïdien osseux se soit détachée et que la tête ait franchi la brèche ainsi formée. On comprend que la situation particulière de la tête fémorale, dans le cotyle, nécessite une violence extrême pour en détruire les rapports, d'où la possibilité d'une fracture.

Ce n'est évidemment là qu'une hypothèse, mais qui se trouve justifiée par l'observation de deux faits personnels rapportés dans un mémoire de M. Picqué, et relatifs à des chutes dans une abduction forcée.

D'ailleurs, la constatation est impossible à poser avant la réduction et le diagnostic ne peut se compléter que tardivement, après la réduction, lorsque la luxation vient à se reproduire. Il convient de faire ici des réserves, mais il est toutefois à remarquer que ce malade est tombé le membre écarté, comme dans les deux cas auxquels il a été fait allusion plus haut.

Le traitement de ces fractures présente certaines difficultés, bien que, dans la plupart des cas, on ait pu obtenir la réduction. L'influence de l'action musculaire n'est pas à redouter.

Bigelow a récemment mis en lumière l'action du faisceau interne du ligament ilio-fémoral qui, d'après lui, constituerait le principal obstacle; mais on ne saurait cependant nier l'influence des surfaces osseuses, et en particulier, de l'extrémité supérieure du fémur, qui représente un véritable crochet et qui, même dans les cas où la capsule, et en particulier le ligament ilio-fémoral sont largement déchirés, n'en constitue pas moins, dans certains cas, un obstacle réel à la réduction.

Le procédé à employer doit être le suivant: le malade, soumis au sommeil anesthésique, sera fixé sur le lit opératoire au moyen d'alèzes, dont le plein doit être placé sur le bassin, et les extrémités attachées aux pieds du lit. La jambe sera fléchie sur la cuisse, et cette dernière, fléchie elle-même sur le bassin, sera maintenue dans l'abduction.

Une traction en haut devra être faite obliquement, selon la direction du membre, et ce n'est que lorsque ce temps, très important, sera exécuté, que le membre devra être porté successivement dans la flexion extrême et l'adduction, puis finalement placé dans l'extension.

Nota. — Cette manœuvre fut exécutée avec la plus grande facilité; la réduction fut complète d'emblée, et la luxation, contrairement aux cas où elle est compliquée de fracture du rebord cotyloïdien, ne se reproduisit pas. Le membre fut d'ailleurs immobilisé dans une gouttière Bonnet; au quinzième jour, le malade commençait à marcher; au bout de trois semaines, il a quitté l'hôpital complètement guéri.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

I. ÉTUDE BOTANIQUE CHIMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE SUR LE PILIGAN, par C. CAPDEVILLE (*Thèse de Paris*, 1886. — II. DE L'ÉTHOXYCAFÉINE DANS LE TRAITEMENT DE LA MIGRAINE, par E. CHABOT (*Ibidem*). — III. DU SULFATE DE SPARTÉINE COMME MÉDICAMENT CARDIAQUE ET DE L'INFUSION DE FLEURS DE GENÊT COMME DIURÉTIQUE, par G. LEGRIS (*Ibidem*). — IV. SUR LES INDICATIONS A L'EMPLOI DE L'ACIDE CHLORHYDRIQUE DANS LES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC, par E. RIEGEL (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1886, n° 35, p. 601). — V. SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE L'IODISME, par P. EHRLICH (*Charite-Annalen*, dixième année, p. 129).— VI. RÉSULTATS FOURNIS PAR LA BACTÉRIOTHÉRAPIE CHEZ HUIT TUBERCULEUX, par L. DE BLARI (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1886, n° 3).

I. Le *piligan* ou pilijan, plante de la famille des *Lycopodiacées*, appelée par Lamark *Lycopodium samurus*, est originaire du Brésil et se rapproche beaucoup, par ses caractères botaniques, du *Lycopodium selaho* de nos régions. M. Adrian, dans une note communiquée à l'Académie des sciences (7 juin 1886), a exposé les résultats de ses recherches chimiques sur la plante en question. M. Adrian a réussi à isoler un alcaloïde, la *piliganine*, soluble dans l'eau, l'alcool et le chloroforme, beaucoup moins dans l'éther. C'est une substance solide à la température ordinaire, de consistance molle, d'une couleur jaunâtre, d'une saveur vireuse comparable à celle de la pelletiérine. Cet alcaloïde, manié à l'état de chlorhydrate, s'est révélé comme un toxique énergique. Une dose de 10 à 20 centigrammes a suffi pour tuer des chiens et des lapins en l'espace d'une heure. Les symptômes de l'empoisonnement par la piliganine consistent en un tremblement convulsif qui fait place à des convulsions cloniques accompagnées de vomissements; on note en outre une exagération considérable du pouvoir excito-moteur, qui se manifeste surtout lorsqu'on touche un membre de l'animal en expérience. Les contractions cardiaques perdent de leur ampleur, de leur fréquence et de leur régularité. Enfin, les mouvements respiratoires s'accélèrent en même temps qu'ils deviennent plus superficiels.

Cette grande toxicité de la piliganine est un obstacle à l'emploi de cette substance en thérapeutique. De même, l'extrait aqueux de la plante est doué de propriétés éméto-cathartiques trop violentes pour qu'on puisse en tirer parti en thérapeutique. Par contre, l'extrait alcoolique du piligan pris à la dose de 60 centigrammes (dans des cachets Limousin) serait, d'après les expériences de M. CAPDEVILLE, un purgatif inoffensif.

II. Il y a quelques mois, le professeur FILEHNE (d'Erlangen), se basant sur les recherches physiologiques et thérapeutiques qu'il avait exposées en détail dans les ARCHIVES de Dubois-Reymond (1886, p. 72), proposait, dans une note concise insérée *in Archiv für Psychiatrie*, t. XVII, fasc. 1, p. 274, de substituer l'éthoxycaféine à la caféine, dans le traitement de la migraine. Il indiquait comme dose quotidienne à employer 0 gr. 6 d'éthoxycaféine en poudre, enrobée dans du pain azyme.

M. CHABOT a pris comme sujet de sa thèse inaugurale l'étude de la constitution et des propriétés chimiques de la caféine et de ses dérivés, en accordant une attention spéciale à l'emploi de l'éthoxycaféine dans le traitement de la migraine. La partie clinique de cette étude ne comprend à la vérité qu'un petit nombre d'observations (cinq), desquelles l'auteur se croit autorisé à conclure: « que l'éthoxycaféine, contrairement à la caféine, exerce une action sédative marquée sur le système cérébro-spinal et possède des propriétés narcotiques incontestables ». Ces premiers résultats encourageront, à n'en pas douter, d'autres cliniciens à expérimenter le nouveau produit dans le traitement de la migraine. C'est surtout contre la forme angio-spastique de cette affection que l'emploi de l'éthoxycaféine paraît indiqué. En effet, d'après les expériences de Filehne, l'éthoxycaféine produit la rougeur du visage et des sueurs, ce qui parle dans le sens d'une action vaso-dilatatrice.

III. Le travail de M. LEGRIS comprend, outre l'histoire botanique et thérapeutique du genêt, l'étude pharmacologique de la spartéine et de la scoparine; les recherches expérimentales et cliniques de l'auteur ont été faites dans le service du professeur G. Sée. Elles ont conduit l'auteur aux résultats suivants:

La spartéine (ainsi que son sulfate) agit sur le cœur en augmentant l'énergie contractile de cet organe et en régularisant le rythme de ses contractions. L'administration de cette substance est indiquée dans les cas d'asystolie par rupture de la compensation, et dans les cas de lésion du myocarde, surtout quand il importe d'obtenir des effets rapides; puis dans les états d'affaiblissement général de l'organisme qui se compliquent d'asthénie cardiaque. Dose quotidienne: de 5 à 25 centigrammes de sulfate de spartéine. De contre indications, l'auteur n'en connaît pas; le médicament ne produit pas d'effets de cumul.

Dans les cardéopathies avec hydropisie, l'auteur conseille d'associer au sulfate de spartéine l'infusion de fleurs de genêt comme diurétique, à la dose de 10 à 25 grammes par jour pour un litre d'eau.

Enfin l'association de sulfate de spartéine à l'iodure de potassium et aux inhalations de pyridine, se recommande dans le traitement des dyspnées cardiaques.

IV. Le professeur F. RIEGEL s'élève contre l'opinion couramment admise, comme quoi la plupart des dyspepsies chroniques dépendent d'une insuffisance de la sécrétion gastrique, principalement de l'acide chlorhydrique. D'après Riegel, c'est généralement le contraire qui a lieu, c'est-à-dire que dans beaucoup de cas, la dyspepsie coïncide avec une hypersécrétion d'acide chlorhydrique. Cette hypersécrétion atteint quelques fois des proportions considérables, ainsi que Riegel et d'autres auteurs en ont cité des exemples (1). D'habitude, elle se maintient entre des limites assez étroites. Or, la constatation de cette hyperacidité du suc gastrique a une importance considérable pour le thérapeutiste; le diagnostic de cette hypersécrétion a été singulièrement facilité, d'après Riegel, par la découverte d'un nouveau papier réactif, le papier Congo, découverte dont nous sommes redevables à Hœslin (2). Au contact des acides libres, ce papier se colore en beau bleu, tandis que sa teinte n'est pas modifiée par les sels acides. Avec ce papier-

(1) Voir *Gazette médicale* 1882, n° 44, p. 549, et 1884, n° 6, p. 68.
(2) Voir *Münchener medic. Wochenschritt* 1886, n° 6

réactif, on peut déceler la présence de l'acide chlorhydrique libre dans un liquide qui n'en renferme que 0,0019 pour 100. Il est vrai que lorsqu'en déposant quelques gouttes du contenu de l'estomac (soutiré à l'aide d'une sonde œsophagienne) sur une bandelette de papier Congo, celle-ci vient à bleuir, on ne sait encore si ce changement de teinte est dû à la présence de l'acide chlorhydrique ou de l'acide lactique. Cependant, d'une façon générale, quand la réaction est très intense, il y a tout lieu de croire qu'elle est due à l'acide chlorhydrique, et inversement, par la raison que l'acide chlorhydrique, à l'état de grande dilution, communique au papier-réactif une teinte bleue plus foncée que celle obtenue avec un contenu de l'estomac renfermant 1/100 d'acide lactique.

M. Riegel a fait des recherches sur plus de 1000 échantillons de suc gastrique. Ces recherches consistaient à déterminer parallèlement la richesse du liquide en acide chlorhydrique, sa puissance digestive (par des digestions artificielles) et l'intensité de la réaction obtenue avec le papier Congo.

Il résulte de ces recherches que, plus est grande la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique, plus est intense la coloration bleue communiquée au papier réactif; que, d'autre part, quand le suc gastrique ne renferme que peu ou point d'acide chlorhydrique, la réaction fait défaut ou se dessine mal, même quand le suc examiné renferme des acides organiques en proportions considérables. Il s'agit donc là d'un excellent moyen de diagnostic, dont la mise en œuvre est décrite de la façon suivante par Riegel :

Le malade fait un repas mixte, vers midi; six heures après, on soutire une partie du contenu de l'estomac, à l'aide d'une sonde molle employée comme siphon; bien entendu qu'il faut éviter d'introduire du liquide dans l'estomac, de peur de diluer le contenu de cet organe. On trempe ensuite une bandelette de papier Congo dans le liquide soutiré; si la réaction se dessine d'une façon très nette, c'est signe qu'il n'y a pas lieu de prescrire l'acide chlorhydrique au malade, et réciproquement.

V. M. Ehrlich considère comme parfaitement admissible la théorie qui fait dépendre les accidents de l'iodisme d'une mise en liberté de l'iode à la surface de la muqueuse nasale, dédoublement qui se produit au contact de l'acide nitrique naissant. En d'autres termes, que la muqueuse nasale présente une réaction acide, qu'elle serve de voie d'élimination à la fois à des nitrates et à des sels d'iode, de l'acide nitrique sera mis en liberté et décomposera à son tour les sels d'iode. Pour vérifier l'exactitude de cette hypothèse, M. Ehrlich a eu l'idée de faire prendre à des malades soumis à la médication iodée, une substance susceptible de fixer l'acide nitrique et d'empêcher ainsi ce dernier de décomposer l'iodure de potassium. Comme tel, il a employé l'acide sulfanilique, qui est dépourvu de toute toxicité. Il a fait prendre à des malades qui présentaient déjà des phénomènes d'iodisme une potion composée de 150 grammes d'eau, 4 gr. 5 à 6 grammes d'acide sulfanilique, et 3 à 4 grammes de carbonate de soude; dans la moitié des cas, les accidents d'iodisme ont été coupés en l'espace d'une ou deux heures. Toutefois, cette action salutaire de l'acide sulfanilique ne persiste que pendant douze heures environ.

Chez les malades soumis à une cure prolongée par l'iodure de potassium, il faut donc prescrire l'acide sulfanilique tous les deux jours, par doses de 3 à 4 grammes, de 6 à 7 grammes quand se manifestent les accidents d'iodisme. Ehrlich recommande en outre de prescrire aux malades une alimentation pauvre en nitrates (lait, pain blanc, viande).

Krœnig a repris les expériences d'Ehrlich sur quatre malades, et il est arrivé comme lui à des résultats inconstants.

VI. Nous avons signalé en son temps la première tentative faite par le professeur Cantani (de Naples) pour obtenir sur place la destruction des *bacilli tuberculosi* dans les poumons, en faisant pénétrer dans les voies respiratoires du malade des produits de culture d'un autre bacille (*termo*) destiné à entrer en conflit avec le bacille germe de la tuberculose. Ces expériences ont été reprises à la clinique médicale de Palerme; huit tuberculeux ont été soumis à des inhalations faites à l'aide d'un vaporisateur avec une culture de « bacterium termo » dans du bouillon de viande. Les séances d'inhalations étaient au nombre de deux par jour; elles avaient une durée de cinq minutes; la quantité de bouillon dépensée pour chaque était de 25 c. c. Le bouillon de culture n'était utilisé que lorsqu'il commençait à présenter la couleur verdâtre bien connue et l'odeur de fromage qui est particulière aux cultures du « bacillus termo ». Les résultats obtenus se résument dans les points suivants :

Chez aucun des huit malades les inhalations n'ont entraîné le moindre inconvénient.

Chez tous les huit, il y a eu diminution du nombre des bacilles dans les crachats, sans qu'il y eut jamais disparution complète.

La présence du « bacterium termo » a été constatée dans les crachats des malades avant le début de la cure, mais en nombre moins considérable qu'après. Chez un malade, le nombre des « bacilli tuberculosi », après avoir diminué dans le cours du traitement, a subi ensuite une augmentation tout-à-fait extraordinaire.

Chez six malades, la toux et l'expectoration ont diminué dans le cours du traitement; les crachats ont conservé les mêmes caractères extérieurs qu'avant.

Chez deux malades seulement, on a constaté une augmentation du poids corporel; chez deux autres, il y a eu diminution de poids; chez les quatre restants, le poids corporel n'a pas varié.

La fièvre n'a pas été influencée par le traitement; il n'y a eu aucune manifestation objective d'une amélioration; la recherche des signes stéthoscopiques révélait au contraire une progression lente de la lésion locale.

Six malades ressentaient une amélioration de leur état subjectif.

Voilà, en somme, des résultats qui sont loin de répondre aux espérances brillantes que M. Cantani fondait sur sa première tentative de bactériothérapie.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Bericht ueber die Allgemeine deutsche Ausstellung auf dem Gebiete der Hygiene und des Rettungswessens. — Compte rendu de l'Exposition allemande d'hygiène, tenue à Berlin en 1882-1883. (Ouvrage publié sous la direction de P. Boerner, de Berlin, t. II et III, Breslau, 1885-1886.)

Nous avons déjà consacré un article bibliographique (1) au

(1) Voir Gazette médicale, 1885, n° 25, p. 296.

tome Ier de cette importante publication. Nons ne pouvons qne répéter ce que nons avons dit dn soin apporté à l'exécution de cet ouvrage, véritable Compendium ds toue les progrés accomplis en Allemagne, dans le domaine de l'hygiéne, de la police sanitaire et de l'art de guérir. Nous allons donner les titres des principaux chapitres contenus dans ces deux nonveaux volumes :

Tome II. — XIe gronpe. — *Etablissements publics.*

1o et 2o Theâtree et concerts, par MM. O. Kuhn, P.Boerner et Hallervorden ; 3o Abattoirs et parcs à bestiaux, par MM. O. Hausburg et Kuhn.

XIIe. — Hôpitanx et asiles, par M. Kuhn.

1o Hôpitanx proprement dits. — Ce chapitre comprend la description architecturals des principaux hôpitaux de Berlin, des hôpitaux de Wiesbaden, de Magdeburg, de l'hôpital provisoire de Szegedin ; des plane pour pavillone d'isolement à un et deux étages ; la description du pavillon gynécologique de la Charité de Berlin. des hôpitaux d'enfants de Dresde, de Cologne, de Munich, d'une chambre modèle d'opération ; des hôpitanx militairee de Berlin, d'Ersnhreitsein, de Dresde ; des cliniques universitaires de Berlin, de Halle, de Bonn, de Kœnigsberg, de Kiel, de Marburg, etc. Chacun des sous-chapitres eet illustré d'un grand nomhrs de coupes et de gravures, qui donnent beaucoup d'attrait aux descriptions dont elles facilitent l'intelligence.

2o Asiles d'aliénés. — Ce chapitre comprend une partie historique et la description des principaux asiles publics d'aliénés d'Allemagne.

XIVe. — *Prophylaxie des maladies populaires*, par le Dr A. Wernich.

Description des agents et des appareils de déeinfection. — Quarantaines, leur organisation. — Vaccination, instituts vaccinaux.

XVe. — *Premiers secours à donner aux malades victimes d'accidents et aux blessés*, par le Dr Villaret,

Intéressant exposé de l'association allemande des Samaritains et des Volontaires associés en société de secours de Vienne.

XVIe — *Matériel destiné au traitement médical et chirurgical des maladies*, par les docteurs F. Beely, Boerner, Eulenbourg, Horstmann et Lohmann.

Ce chapitre contient la description de lits, de sièges, de tables, de voitures, de civières pour malades ; d'appareils réfrigérants, d'appareils de chirugis et d'orthopédie de toute espèce, d'appareils d'électricité ; matériel de pansement ; d'appareils pour la prothése. — Des chapitres spéciaux traitent des préparations pharmaceutiques, des stations et des eaux minérales.

XVIIe. — *Service de santé militaire et de la marine*, par le docteur Villaret.

Ce chapitre comprend les subdivisions suivantes : Genre de vie des soldats en temps de paix, casernement. — Habillement. — Alimsntation des soldats. — Conditions d'existence des soldats en temps de guerre. — Premiers secours sur le champ de bataille. — Matériel d'ambulance. — Organisation des ambulances de seconde ligne. — Ambnlances de campagne (tentee et baraquements). — Couchage pour malades et blessés. — Instruments, médicamente, matériel de pansement. — Organisation des secours de troisiéme ligne. — Associations de volontaires. — Organisation du service de santé de la marine militaire et de la marine marchande. — Transport des malades et des blessés par voies ferrées.

XVIIIe — *Services mortuaires*, par H. Albrecht.

(*a*) Cimetières, dépôts mortnaires ; description dee dépôts mortuaires de Carlsruhe et d'Erfurt. — Cercueils et matériel de transport pour les cadavres.

(*b*) Incinération. — Modèles des principaux types d'appareils incinérateurs.

XIXe. — *Médecine vétérinaire*, par P. Bœrner.

Tome III. — XXIe — *Service des eaux*, par le docteur H. Albrecht.

(*a*) Travaux préparatoires pour la canalisation.

(*b*) Travaux de canalisation.

(*c*) Description de l'outillage utilisé pour la distribution des eaux : pompes et pulsomètres ; conduites ; fontaines ; compteurs ; filtres.

XXe et XXIIe. — *Sol et atmosphère. Evacuation des eaux ménagères, des matières fécales, des détritus*, par P. Bœrner et H. Albrecht.

(*a*) Protection du sol contre les impuretés pénétrant par la surface.

(*b*) Dessèchement du sol.

Ce dernier chapitre comprend la description des différente systèmes en usage dans lee villes pour l'évacuation des matiéres fécales et des immondices de toute nature.

XXIIIe. — *Eclairage*, par H. Albrecht.

(*a*) Eclairage électrique.

(*b*) Eclairage au gaz et par d'autree sources lnmineuses.

XXIVe. — *Chauffage et ventilation*, par M. Hartman.

Chauffags dee appartements, des maisons. Appareile pour charger l'air chaud de vapeur d'eau. Différents systèmes de calorifères. Revêtements pour appareils à chauffage. Différents systémes de ventilation pour maieons privée et édifices pnblics, pour hôpitaux et asilee, restaurants et cafés.

XXVe. — *Métiers et industries*, par A. Villaret.

(*a*) Mesures contre les causes d'insalnbrité liées au simple séjour dans les fabriques, à la présence de corps étrangers en suspension dans l'atmosphère et agissant comme irritants mécaniques ou chimiques, en qualité de micro-organismes pathogènes, comme substances explosibles.

(*b*) Mesures préservatrices contre les accidents occasionnés par l'emploi de machines.

(*c*) Mesures destinées à protéger les localitée contre les causes d'insalubrité liées à la présence de fabriques.

XXVIe. — *Mines et forges*, par A. Hasslacher.

(*a*) Exploitation des mines.

(*b*) Travail des forges.

(*c*) Conditions d'existence des ouvriers ; mesures destinées à accroître leur bien-être.

Ce chapitre contient une étude trés complète de la condition sociale des ouvriers des mines et des forges, et des progrés accomplis pour protéger l'existence de ces ouvriers contre les nombreuses causes d'accidents qui les menacent.

XXVIIIe. — *Communications par voies de terre*, par Bartels.

(*a*) Communications par voitures et tramways.

(*b*) Communications par voies ferrées.

Ce chapitre fait l'objet d'une étude trés détaillée au double point de vue de la sécurité et du bien-être des voyageurs.

XIXe. — *Voyages par voies fluviales et maritimes*, par H. Albrecht.

La même remarque s'applique à ce chapitre qui contient, entre antres, une description très intéressante des différents appareils de sauvetage employés à bord des navires.

XXXe. — *Secours contre les incendies*, par C. Strehl.

Un chapitre annexe comprend la *description de la Morgue de Berlin*, par M. H. Albrecht.

Nous emprunterons à ce chapitre les chiffres suivants relatifs à la marche ascensionnelle du nombre des autopsies (morts accidentelles, suicides, assassinats) pratiquées dans cet établissement pendant les trente dernières années :

Nombre des autopsies	en 1856....	131
—	en 1866.....	201
—	en 1876....	343 .
—	en 1885....	518

Un autre chapitre annexe est consacré à *la statistique de l'Exposition d'hygiène de Berlin*. On trouve dans ce chapitre l'énumération des documents statistiques fournis par un certain nombre de villes d'Allemagne et d'Antriche, et qui concernent les mouvements de la population, la fréquence de certaines maladies, de certaines infirmités (cécité, surdité, etc., etc.).

Un second paragraphe se rapporte aux travaux de l'Office statistique de la ville de Berlin.

Enfin, un dernier chapitre dû à la collaboration de M. Rozsahegyi, comprend une description de la section hongroise à l'sxposition d'hygiéne de Berlin.

Ce troisiéme volume se termine par une table des matières alphabétique, dont l'utilité est facile à apprécier quand on a parcouru cette immense accumulation de matériaux que comprend l'ouvrage et dont nous n'avons pu donner ici qu'une très sommaire analyse.

La simple énumération des chapitres qui précéde fera comprendre qu'une appréciation détaillés d'un pareil ouvrage est impossible dans les colonnes d'un journal hebdomaire. Elle doit suffire d'ailleurs pour donner une idée de la quantité ds matériaux et de renseignements condensés dans ces trois gros volumes, qui contiennnent environ 2,000 pages ds texte grand format, ornées d'environ 400 gravures. Le luxe avec lequel est édité l'ouvrage est en rapport avec sa valeur intrinséque.

Nous ajouterons qu'aprés la mort de P. Bœrner, à qui incombait la hauts direction de l'œuvre, M. Albrecht, chargé de ce soin, a eu le mérite de mener à bonne fin cette lourde tâche.

E. Ricklin.

REVUE DES THÈSES

De l'albuminurie gravidique et de l'éclampsie puerpérale, par le docteur Joseph-Hippolyte-Camille Joseph.

Thèse importante; dans sept chapitres très instructifs, l'auteur étudie successivement l'albuminurie, l'albumine, les troubles de la grossesse, l'éclampsie puerpérale, la maladie de Bright, les théories émises sur la maladie de Bright et l'éclampsie puerpérale. Des observations et nn index bibliographique complétent le travail dont voici les conclusions :

L'urémie brightiique et l'éclampsie puerpérale sont deux expressions morbides parfaitement distinctes.

La nature spéciale de cette dernière affection semble tenir à des conditions particulières, encore mal connnes, qui sont créées par le seul travail de la gestation ; elle ne s'observe qne chez la femme enceinte on en couches ; les accidents dits urémiques qui surviennent chez la femme enceinte, même lorsqu'il y a mal de Bright, n'ont pas cette variabilité extrême observée en dehors de l'état de puerpéralité ; les accidents, au contraire, ont une uniformité clinique ; pendant les convulsions puerpérales, la température est élevée, ce qui contraste avec l'hypothermie de l'urémie étrangère à la gestation.

La lecture de cette thèse doit être recommandée.

Contribution a l'étude de l'emploi du laudanum pour arrêter a l'avortement, par le docteur Charles Charier.

La femme enceinte présente une tolérance trés grande pour les opiacés; on peut donner dans la journée de 80 à 100 gouttes de landanum.

Les premiers phénomènes d'intoxication sont facilement dissipés.

Quelle que soit la dose, elle n'a aucune influence fâcheuse sur la vie de l'enfant. On n'a jamais observé de délivrance anormals ni de suites de couches pathologiques causées par le laudanum.

En présence d'un avortement, on doit essayer de l'arrêter par le laudanum à hautee doses : la voie rectale est la meilleure.

M. R.

NOUVELLES

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Hamilton (de New-York) ; — de M. le docteur Duhois (Charles), de Paris (1884); — de M. le docteur Pottereau, de Châteauroux ; — de M. le docteur Millet, de Blois.

***

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques, pendant l'année scolaire 1886-1887, est composé comme suit :

Physique. — MM. Guehbart, chef des travaux ; Sandoz et Mergier, préparateurs.

Histoire naturelle. — MM. Faguet, chef des travaux; Stef, préparateur adjoint (zoologie) ; Berger et Bondel, préparateurs adjoints (botanique).

Physiologie. — MM. Laborde, chef des travaux ; Gley et Rondeau, préparateurs; Martin et Pignol, aides-préparateurs.

Anatomie pathologique. — MM. Gombault, chef des travaux ; Brault, Chantemesse et Durand-Fardel, préparateurs; Clado, Toupet et Vidal, moniteurs.

Chimie. — MM. Henriot, chef des travaux ; Monangé, préparateur; Bouveault, De Thierry et Grolous, préparateurs adjoints

Faculté de ménecine de Montpellier. — Sont nommés pour trois ans :

1° *Chef de clinique médicale*. — M. le docteur Sarda, en remplacement de M. Brousse, dont le temps d'exercice est expiré.

2° *Chef de clinique des maladies des vieillards*. — M. le docteur Diffre, en remplacement de M. Sarda appelé à d'autres fonctions.

3° *Chef de clinique des maladies des enfants*. — M. le docteur Breton, en remplacement de M. Hortoles, dont le temps d'exercice est expiré.

***

Facultés de ménecine. — Par arrêté du 11 septembre 1886, sont attachés aux Facultés ci-après désignées, pour une période

de huit ans à partir du 1er novembre 1887, les agrégés des Facultés de médecine dont les noms suivent :

Faculté de Paris. — MM. Quenu, anatomie et physiologie; Poirier, anatomie et physiologie.

Faculté de Bordeaux. — MM. Ferré, anatomie et physiologie; Nabias, histoire naturelle.

Faculté de Lille. — MM. Assaky, anatomie et physiologie; Barrois, histoire naturelle.

Faculté de Lyon. — MM. Rodet, anatomie et physiologie; Jaboulay, anatomie et physiologie.

Faculté de Montpellier. — MM. Gilis, anatomie et physiologie; Tapie, anatomie et physiologie.

Faculté de Nancy. — MM. René, anatomie et physiologie; Nicolas, anatomie et physiologie.

***

Corps de santé de la marine. — A l'occasion du concours pour la concession des indemnités à attribuer aux étudiants en médecine et en pharmacie qui sont nommés au grade de médecin ou de pharmacien de deuxième classe et qui contracteront un engagement dans la marine, l'amiral Aube a fixé l'indemnité à 880 francs.

Cette somme représente les frais occasionnés par l'acquisition des diplômes universitaires.

Le ministre a décidé, en outre, par mesure bienveillante, que deux étudiants de chacune des écoles navales de médecine de Rochefort et de Toulon seront désignés par l'autorité locale, parmi les plus méritants, pour se rendre à Brest et y participer au concours pour une indemnité de 1,800 francs.

— Par décret en date du 14 septembre 1886, M. le docteur Vidal a été promu au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret en date du 13 septembre 1886, M. le docteur Jouenne a été promu au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

***

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz de 1886. — Le Bulletin du mois d'août 1886 donne les renseignements suivants :

— Adhésions importantes de savants français et étrangers, de sénateurs et députés de la région.

— La Société géologique de France désigne le docteur Labat pour la représenter au Congrès.

— Train spécial mis à la disposition du Congrès le jour de sa réception par la municipalité de San Sebastian.

— Avis d'envoi de travaux météorologiques de Hollande, d'Allemagne, de Russie, de Madère, de la Riviera, d'Espagne, de Portugal, d'Italie, de la région pyrénéenne, etc., etc.

— Le ministre du commerce remet au Comité une première subvention de 2,000 francs.

— La municipalité de Toulouse annonce qu'elle offrira au Congrès une représentation de gala au Capitole, qui sera illuminé.

— Adhésions du docteur Frémy, président de la Société de médecine et de climatologie de Nice; des docteurs Duboué, Valéry, Meunier, Pommier, Lahillonne, etc., de Pau; de Sir Thomas Spencer Wells, président de la Faculté de médecine de Londres, etc.

— La Société hydrologique de Madrid nomme une Commission chargée de la représenter au Congrès et de faire un rapport.

— Le ministre des finances accorde l'entrée libre en France des objets envoyés de l'étranger à l'exposition climatologique de Biarritz.

— M. le baron de Courcel, ambassadeur de France à Berlin, transmet au Comité le désir du sous-secrétaire d'Etat des affaires étrangères de recevoir un plus grand nombre de documents demandés par les corps savants de l'empire d'Allemagne.

— Le délégué autrichien professeur Kisch, le délégué italien professeur Chiminelli, le délégué portugais docteur Torrez, etc., annoncent leur arrivée et l'envoi de travaux importants.

— Subventions et adhésions de Saint-Jean-de-Luz, de la Société d'agriculture de la Gironde, de diverses Sociétés savantes.

— Le Dagblad de La Haye, le Wratch de Saint-Pétersbourg, les journaux spéciaux français enverront des reporters au Congrès.

— Le chiffre officiel des adhésions, au moment de mettre sous presse, est de 700 (1). Les inscriptions deviennent de plus en plus nombreuses et dépassent toute attente.

— On compte parmi les membres des diverses catégories du Congrès : M. d'Abbadie, de l'Institut, président de la Société météorologique de France; le professeur Brouardel; M. Mascart, de l'Institut, directeur du bureau météorologique; le docteur Trélat, président de l'Académie de médecine; M. de Piétra Santa, secrétaire de la Société française d'hygiène; M. Marié Davy, directeur de l'Observatoire de Montsouris, président de la Société d'hygiène de France, docteur Taboada, de Madrid; M. Carlier, directeur de l'Observatoire météorologique de Saint-Martin-de-Hinx (Landes), etc., etc.

— A Luchon, les guides ont gracieusement offert la plus belle course au Congrès, et M. Sicre Du Breilh, directeur de la Société Fermière, voulant recevoir le Congrès, a prorogé son séjour jusqu'au 15 octobre.

— Le ministre du commerce a mis à la disposition du Congrès trois médailles d'or pour être distribuées aux lauréats de l'exposition de Climatologie et d'hydrologie de Biarritz.

LE COMITÉ.

***

L'inspectorat des eaux minérales. — M. Floquet, en traitement à Royat, a donné audience à une députation des médecins consultants des onze stations thermales de l'Auvergne et du Centre, venue pour intéresser le président de la Chambre des députés à la question de la suppression de l'inspectorat des eaux minérales que poursuit énergiquement tout le corps médical des villes d'eaux. Cette députation était conduite par M. Gaillard, député du Puy-de-Dôme, auquel n'avaient pu se joindre, malgré leur extrême désir, MM. Bardoux, sénateur, et Blatin, député, du même département.

Après avoir écouté avec la plus grande attention la lecture d'une adresse très fortement motivée sur la question et avoir provoqué des explications sur plusieurs points importants, M. Floquet a fait savoir aux délégués des villes d'eaux du Centre qu'il avait reçu dans la journée d'un grand nombre de leurs collègues des Pyrénées, des Vosges, du Jura, de la Savoie, des télégrammes dans le même sens. Il a promis d'user de toute son influence auprès de M. le ministre du commerce qui peut, par un simple décret, supprimer ce privilège d'un autre temps, — ce qu'il aurait fait depuis longtemps, ont affirmé les délégués, sans l'opposition aussi dissimulée que tenace des bureaux du ministère et notamment de la direction du commerce de l'intérieur.

Les délégués se sont retirés enchantés de l'accueil de M. Floquet et convaincus avec raison qu'ils auront bientôt gain de cause. Le président de la Chambre des députés a mis le comble à leur satisfaction et à leur gratitude en acceptant, sans se faire prier, de prendre place au banquet que leur ont offert le soir, au Grand-Hôtel Servant, leurs confrères de Royat.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 5 au samedi 11 septembre 1886

Fièvre typhoïde 22.—Variole 2.— Rougeole 18.— Scarlatine 3. — Coqueluche 8. — Dipthérie, croup 7. — Choléra 0. — Dy-

(1) Ce chiffre est actuellement de 830.

sentérie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 29. — Phthisie pulmonaire 146. — Autres tuberculoses 35. — Autres affections générales 60. — Malformation et débilité des âges extrêmes 46. — Bronchite aiguë 21. — Pneumonie 39. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 105. — au sein et mixte 69. — Inconnu 12. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 62. — de l'appareil circulatoire 51. — de l'appareil respiratoire 38. — de l'appareil digestif 45 — de l'appareil génito-urinaire 18. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 8 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 39. — Causes non classées 17. — Total de la semaine : 911 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La rage. Avantages de son traitement par la méthode Pasteur, par le docteur Constant James, ancien collaborateur de Magendie. Brochure in-8 de 128 pages, ornée de plusieurs vignettes. — Prix : 2 francs. — Paris, Labure, 9, rue de Fleurus.

Traité pratique des maladies des pays chauds (maladies infectieuses), par le docteur Fernand Roux, ex-médecin de première classe de la marine, lauréat de la Société médico-pratique. Un volume in-8 de 550 pages, avec 2 tableaux statistiques coloriés. — Prix : 8 francs.

De l'angine granuleuse arthritique, ses caractères et son traitement, par le docteur Boucomont. In-8. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le somnambulisme provoqué. Etudes physiologiques et psychologiques, par H. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy. Un volume in-18 de 256 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, 1886, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par Ch. Féré. Un volume in-8 de 495 pages, avec 213 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, publications du PROGRÈS MÉDICAL.

Des luxations pathologiques, leur pathogénie, par les docteurs Fargère et Maubrac. Un volume in-8. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Etude chimique sur la période de réaction du choléra, par le docteur Oddo. In-8. — Prix . 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Nouveaux éléments de pathologie externe, publiés par le professeur A. Bouchard (de Bordeaux). Tome Ier, premier fascicule. — Pathologie externe, — avec la collaboration de M. le professeur Coyne (de Bordeaux), de MM. les professeurs agrégés Poinsot, Planteau, Péchaud, Lagrange, de la Faculté de médecine de Bordeaux. Grand in-8 de 352 pages. — Prix : 6 fr. — L'ouvrage complet formera deux volumes qui paraîtront chacun en deux fascicules. Le second fascicule du tome Ier est sous presse. Le prix total de l'ouvrage, qui sera terminé en 1887, ne dépassera pas 24 francs. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

KYSTE HYDATIQUE DU POUMON; OUVERTURE ANCIENNE DANS LES BRONCHES; SUPPURATION ABONDANTE ET FÉTIDE; PNEUMOTOMIE. GUÉRISON; par le docteur G. BOUILLY (1).

La première partie de l'observation de ce malade peut se résumer d'une manière très simple : il s'agit d'un homme actuellement âgé de 46 ans, n'ayant jamais eu d'autre affection que celle dont il est encore atteint. Il y a dix ans, en 1876, il présenta les signes d'un abondant épanchement dans la plèvre du côté droit, avec toue les accidents liés à la présence d'une grande quantité de liquide dans la poitrine ; la thoracentèse était décidée pour le lendemain, lorsque dans la nuit qui précéda l'opération, dans une violente quinte de toux et avec des menaces d'asphyxie, le malade rendit, par l'expectoration, une quantité de liquide et de vésicnles qui fut évaluée à deux litres. Le malade était alors à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Hérard, où il séjourna pendant longtemps. On peut dire que la guérison ne fut jamais obtenue. A l'évacuation du liquide dn kyste hydatique succéda une expectoration purulente horriblement fétide, qui n'a jamais cessé.

Le malade est tourmenté par une toux presqne continuelle, accompagnée de l'expectoration de crachats et de rejet de pus, comme dans les *vomiques* pulmonaires. Cette expectoration et l'haleine du malade ont une fétidité excessive, tellement désagréable qn'au moment des quintes de toux, toute une partie de la salle est véritablement infectée.

Cet homme, condamné par cette véritable infirmité à ne pouvoir facilement trouver de travail, resta longtemps comme infirmier dans les salles de l'Hôtel-Dieu. En ontre, de tempe en temps, la sécrétion purulente et la toux se développaient dans des proportions tellement fatiguantes, qu'il était obligé de cesser pendant quelques jours tout travail. Enfin, des habitudes d'alcoolisme, soit antérieures à son affection pulmonaire, soit prises depuis cette époque, aggravent peut-être encore la situation.

Cet homme entra, le 15 juin dernier, à l'hôpital Cochin, dans le service de mon excellent ami, le docteur A. Gombault, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. M. Gombault, après avoir examiné ce malade et reconnu l'insuffisance des moyens médicaux largement employés chez cet homme, depuis le début de son affection, me fit l'honneur de me demander mon avis.

L'état général est bon; l'appétit est satisfaisant; il n'y a pas d'élévation de température; le malade n'a jamais pré-

(1) Communication faite à la Société de chirurgie, le 21 juillet 1886.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Juillet-Août 1886.

M. Diday nommé correepoudant de l'Académie de médecine. — Et peu après chevalier de la Légiou d'honneur. — Les politiciens et les journaux de médecine. — Le centenaire de M. Chevreul. — Professeurs eu retraite et confrèree disparus. — M. René Briau. — La hibliothèque de l'Académie de-médecine.

C'est en vain qu'Horace nous a légué son : *Nil mirari.* Nous trouvons tous les jours des motifs d'étonnement.

« Et quel temps fut jamais plus fertile en miracles, »

a dit Racine, si je ne me trompe. Eh! hien, le nôtre, lui répondrai-je volontiers.

Il y a tantôt trois mois, M. Diday a été nommé membre de l'Académie de médecine. Je suis persuadé que la plupart des médecins, en lisant cette nouvelle dans le compte-rendu que publie leur journal, ont dû croire qu'il s'agissait du fils ou au moins du neveu, sinon d'un simple homonyme, de l'éminent syphiligraphe. Et ils ont dû se récrier une fois de plus contre les habitudes de népotisme que leur semblerait vouloir contracter l'assemblée de nos pères conscrits. Or, ces détracteurs des corps constitués ont eu tort. Si jamais l'Académie de médecine a mérité des compliments, c'est bien le jour où elle s'est avisée de s'adjoindre, ne serait-ce qu'à titre de membre correspondant, M. Diday. Aussi, dans ce cas, n'est-ce pas le nouvel élu que nous féliciterons, c'est bien plutôt et à plus juste titre l'Académie. Mieux vaux tard que jamais, dit l'antique proverbe. Messieurs de l'Académie, vous avez mieux fait que chercher à vous procurer de nouvelles lumières, vous avez réparé une injustice. Bravo, non pas pour Diday, mais pour l'Académie !

***

Un malheur ne vient jamais seul, dit encore ce que l'on appelle la sagesse des nations. Trois semaines à peine s'étaient écoulées depuis que le public avait eu la douleur de s'apercevoir que Diday n'était pas encore de l'Académie, que ce public a constaté que le

senté d'œdème des membres; les phalanges des doigts sont en massue.

Les détails de l'auscultation m'ont été fournis par M. Gombault, et les notes ont été recueillies par son interne, M. Dagron.

L'examen du poumon gauche ne révèle rien d'anormal. Le poumon droit ne présente aucun signe sensible lorsqu'on l'examine en arrière.

En avant, au contraire, on trouve nettement les signes d'une caverne intra-pulmonaire.

Dans une étendue, limitée en avant à 3 c. environ du bord droit du sternum, en arrière à la ligne axillaire, en haut, à la deuxième côte, en bas au quatrième espace intercostal, la percussion révèle de la submatité; il existe encore une certaine élasticité sous le doigt.

A l'auscultation, on entend la respiration, mais si celle-ci s'accélère et devient plus forte, on perçoit un souffle caverneux plus profond, accompagné de gargouillements.

La succussion ne nous apprend rien.

Au-dessus de cette surface (un travers de doigt sous la clavicule), de même qu'au-dessous (dans le voisinage du foie), on entend le mouvement vésiculaire normal. A la percussion, sonorité normale en ces points.

Pour respirer plus librement, le malade prend, dans son lit, une attitude spéciale; il est à moitié assis, s'appuyant sur le coude droit. Quand il se couche ou s'appuie sur le côté gauche, ou même à tout changement de position, il est pris d'une violente quinte de toux.

La toux est très pénible, quinteuse; elle se répète fréquemment, nuit et jour, et l'empêche de dormir; elle donne lieu à une expectoration abondante, d'odeur nauséabonde, *sui generis*, rappelant assez l'odeur des œufs pourris, assez forte pour incommoder tous les malades de la salle.

La quantité de l'expectoration est difficile à apprécier, car le malade est obligé de se lever souvent, à cause de l'oppression qu'il éprouve, lorsqu'il est dans le lit; c'est ainsi que, chaque matin, il sort de son lit vers cinq heures, va faire un tour dans le jardin, où il expectore le contenu de sa caverne. On peut cependant l'évaluer à deux crachoirs.

Les crachats sont purulents; d'abord spumeux; ils se décomposent en deux couches. La couche inférieure, purulente, examinée au microscope, ne présente pas de bacilles de tuberculose, ni de crochets hydatiques.

La paroi thoracique est parfaitement saine, sans rétraction ni dépression, comme dans les pleurésies anciennes.

Le diagnostic porté par M. Gombault et par moi fut le suivant: vaste cavité suppurante intra-pulmonaire, ayant succédé à l'évacuation d'un kyste hydatique par les bronches, ou, en un mot, vomique pulmonaire d'origine hydatique.

Nous fûmes d'accord pour penser que la guérison ne pouvait être obtenue spontanément et qu'il y avait lieu d'intervenir. Le malade avait un vif désir de voir tenter un traitement capable de le débarrasser d'une affection qui empoisonnait son existence depuis dix ans et le rendait impropre à toute espèce de travail.

3 juillet. — *Opération.* — Dès que ce malade se remue dans son lit, soit pour s'asseoir, soit pour se coucher, il est pris de quintes de toux extrêmement pénibles et prolongées, avec expectoration purulente, turgescence de la face, cyanose, etc. L'orage ne se calme que lentement et quand le malade se couche légèrement incliné sur le côté droit. Dans ces conditions, l'anesthésie chloroformique était particulièrement délicate. Elle est néanmoins pratiquée malgré les quintes de toux qui se calment à mesure que le sommeil se prononce; la respiration et le pouls sont surveillés de près.

Un lambeau en U de 10 centimètres environ de base et de hauteur est dessiné et disséqué dans la région correspondant à la caverne pulmonaire; la base de l'U répond environ à la deuxième côte; sa branche droite longe le bord antérieur du grand pectoral; la partie inférieure est à un travers de doigt environ au-dessus du mamelon. Le muscle grand pectoral est incisé verticalement dans toute la hauteur de la plaie, de même que le petit pectoral; il est épais et volumineux. La rétraction des deux parties divisées met largement les côtes à nu. Les deux tronçons musculaires sont encore un peu refoulés à l'aide des doigts. La section des muscles, faite par couches successives, s'opère sans donner de sang.

La quatrième et la troisième côtes sont rapidement dénudées avec la rugine et réséquées avec mon costotome dans l'étendue d'environ 6 à 7 cent. Le décollement de la plèvre se fait facilement. L'ablation des deux fragments costaux et des muscles intercostaux correspondants donne une large fenêtre quadrangulaire; on a la plèvre directement sous le doigt et l'œil. Cette membrane est épaissie et résistante; après la résection costale, à chaque mouvement d'inspiration, il se fait une dépression.

Un trocart numéro 2 de l'appareil Potain, sans aspiration, est enfoncé à travers la plèvre et pénètre dans la caverne pulmonaire; il donne d'abord issue à une grande quantité de gaz qui sortent en sifflant, puis à quelques gouttelettes de pus. Il n'est pas douteux que l'instrument ait pénétré dans une cavité où il joue librement.

Immédiatement sur le trocart laissé en place et servant de conducteur, je fais avec le thermocautère une incision transversale;

---

même M. Diday n'était pas encore chevalier de la Légion d'honneur. Voilà comment les gouvernements, les administrations et les Sociétés se perdent.

Pour M. Diday cela ne peut que lui être indifférent, je le suppose. Etre accolé, dans une promotion à la Légion d'honneur, à des médecins brasseurs de politique, maires, conseillers généraux, simples conseillers d'arrondissement ou courtiers électoraux. Cela ne vaut pas la peine de vous féliciter, M. Diday, tant s'en faut! Il me suffit de faire remarquer que le gouvernement a eu bien de la chance en trouvant un nom comme le vôtre, de pouvoir le placer au milieu des autres. Ces autres, monsieur Diday, sachez-le bien, c'est vous qui les honorez.

Eh bien! malgré tout ce qu'ils viennent de lire, que mes lecteurs n'aillent pas croire que c'est un hargneux, un proscripteur, qui écrit. Tant s'en faut. Car une fois encore, je dis à nos gouvernants : Bravo. Vous avez accompli un acte de justice, ou plutôt vous avez réparé un oubli. Une fois n'est pas coutume. C'est vrai. Mais enfin et quand même nous félicitons le gouvernement pour son habileté.

***

Qui ne s'est aperçu depuis quelques années de l'horrible invasion que font dans l'article *nécrologie* de nos journaux de médecine purs, des médecins complètement ignorés du corps médical, au moins en tant que médecins instruits. Tandis que la plupart de nos organes oublient de consacrer une notice à des hommes comme Erasmes Wilson, Hébra, Inghels (1), ce martyr de la science aliéniste, Auspitz, René Briau, etc., ils ne négligent pas d'accorder une mention aux politiciens qui, ne seraient ils que de simples officiers de santé, ont leur article nécrologique dans les journaux politiques, surtout quand ils sont investis des fonctions de maire, de conseillers généraux, et même de bien moindres fonctions.

***

Aux travailleurs indépendants, aux vrais serviteurs de la science pure, rien, s'ils n'occupent une position officielle où se répugnent à remplir le rôle on ne peut plus précaire, mais au moins faculta-

(1) Inghels, directeur de l'hospice Ghislain, à Gand, est mort en juillet dernier à la suite d'une piqûre anatomique qu'il s'était faite en pratiquant une autopsie.

la plèvre pariétale et la plèvre viscérale ne sont pas reconnaissables; elles sont confondues en une seule membrane et adhérente au tissu pulmonaire qui se présente comme carnifié et résistant. Ce tissu se sectionne assez difficilement et il est nécessaire de sectionner environ un centimètre de tissu avant d'arriver dans la cavité sous-jacente. Dès que l'espace est suffisant, il s'échappe tout à coup à l'extérieur un flot de pus assez bien lié qu'on peut évaluer à un demi verre.

Le doigt introduit dans la brèche constate une cavité profonde dans laquelle il peut s'enfoncer en entier, remontant en haut vers la clavicule; en bas, il semble qu'on soit à la partie inférieure de la poche. Pour ouvrir celle-ci plus largement, je pratique une deuxième incision verticale perpendiculaire à la première; l'incision verticale a environ 4 centimètres, l'incision transversale en mesure 5 à 6. Les deux incisions réunies ont la forme d'un T renversé. Il en résulte une large brèche avec des lambeaux flottants qui s'enfoncent immédiatement dans la profondeur. A ce moment, il s'échappe du lambeau pleuro-pulmonaire supérieur une quantité assez considérable de sang noir, d'apparence veineuse, qui, brassé avec l'air venant des branches, forme une masse rougeâtre abondante rejetée à la fois par la plaie et par la bouche; la respiration est assez embarrassée.

Je tamponne largement de suite toute la cavité avec trois grosses éponges sur lesquelles j'exerce une assez forte pression. Le malade tousse violemment, malgré son sommeil; il est un peu cyanosé et asphyxique.

Une injection de morphine de cinq millig. lui est pratiquée et ramène un peu de calme; du reste, l'hémostase paraît se faire. Le sang m'a paru provenir du tissu pulmonaire lui-même à la partie inférieure de l'incision; dans les secousses de toux et dans les efforts d'expiration, il était projeté de 2 ou 3 points à plusieurs centimètres de distance, comme dans une saignée. Je dois reconnaître que le thermocautère était peut-être chauffé à un feu trop vif et que l'hémorrhagie aurait peut-être été évitée si le couteau n'avait été qu'au rouge-sombre; c'est une précaution que je crois bonne à signaler en pareil cas pour éviter une complication gênante et même grave.

Au bout de quelques instants, le calme se rétablit; les éponges introduites dans la cavité sont retirées et rapidement remplacées par un tamponnement fait avec la gaze iodoformée. Par-dessus ce tampon de gaze, gros environ comme un petit poing d'adulte et remplissant toute la poche, une éponge plate est appliquée. De la gaze de Lister chiffonnée, du coton salicylique et du coton ordinaire complètent le pansement.

Il n'a été fait aucun lavage dans la poche purulente. Mon intention première était de déterger soigneusement les parois de la cavité en les essuyant avec des tampons de coton imbibés de chlorure de zinc à 5 p. 100 et de ne faire le tamponnement iodoformé qu'après cette désinfection préalable.

L'abondance de l'hémorrhagie, la menace d'asphyxie et la nécessité de terminer rapidement, m'ont empêché de réaliser la première partie de la désinfection cavitaire.

Les branches droites et gauches du lambeau cutané sont suturées au fil d'argent à la partie supérieure, de manière à rétrécir un peu la plaie; mais celle-ci est laissée largement béante dans la plus grande partie de sa surface. La cavité pulmonaire communique avec l'extérieur par une brèche qui a bien environ 7 à 8 c. q.

Toute l'opération a été faite vite et n'a pas duré plus de vingt minutes environ.

Le malade se réveille facilement et ne se trouve pas mal; il demande de suite à boire un verre de vin de Bagnols; il est peu oppressé et ne crache pas de sang. Hémiplégie droite peu accentuée. Soir, T. A. 39°,2.

4 juillet. — La journée qui a suivi l'opération n'a pas été mauvaise. Le malade n'éprouve pas de douleurs; dans des secousses de toux peu nombreuses, il a rejeté environ un demi crachoir de crachats franchement sanglants.

La respiration est un peu fréquente et surtout diaphragmatique. L'hémiplégie a disparu.

T. A. M. 37°,8; S. 38°,2.

5 juillet. — 37°,8 m.; 38° s. L'expectoration est moins abondante et moins sanglante.

L'état général est bon. Le pansement est renouvelé dans ses parties superficielles; il est traversé par de la sérosité sanguinolente.

6 juillet.—37°,6 m. Hier au soir, dans une quinte de toux, il y a eu rejet d'un demi crachoir de caillots sanguins et de pus.

Le malade rejette évidemment par les bronches une partie du sang qui s'est épanché dans la poche et qui ne peut se vider par la plaie solidement tamponnée.

L'état général est bon. Le malade a faim.

Le résultat le plus remarquable a été la disparition presque complète des quintes de toux fatiguantes qui tourmentaient le malade d'une manière incessante à chaque mouvement qu'il exécutait dans son lit, et la disparition de l'horrible odeur qu'il exhalait par la respiration. L'expectoration rendue depuis l'opération n'a plus aucune odeur et ne renferme qu'une très faible quantité de pus.

En résumé, actuellement 7 juillet, cinq jours pleins après l'opération, les suites de cette intervention sont extrêmement simples et paraissent devoir être favorables.

---

tif, de courtiers électoraux. Tout pour le pouvoir et par le pouvoir. Un poète, un romancier, un journaliste, ne saurait être décoré que si, comme M. Armand Sylvestre, on peut mettre à côté de son nom, le titre non pas d'homme de lettres, mais celui de sous-chef de bureau dans un ministère quelconque. Alfred de Musset, s'il vivait encore, ne serait nommé chevalier qu'en qualité de bibliothécaire, lors même qu'on saurait qu'il n'abordait jamais la bibliothèque confiée à ses soins que les jours d'émargement.

Quel régime peu libéral avons-nous donc aujourd'hui, nous si épris il y a vingt ans de la liberté républicaine? Et comme nous semblons arrivés dans une sorte de taverne de gens avides de tout et surtout de pouvoir, en attendant qu'ils en soient repus. Je dis taverne, n'allez pas lire caverne; j'écris *repus*, n'allez pas lire autre chose. Je ne compare pour rien au monde notre gouvernement actuel à la caverne d'Ali-Baba, car je ne suis pas de ceux qui, ayant des rancunes, déversent leur bile à tort et à travers. Il me suffit d'attirer l'attention de ceux qui détiennent le pouvoir sur le discrédit qu'ils jettent comme à plaisir sur des titres jadis enviés. Aujourd'hui, quand on se respecte, on serait presque heureux de ne pas devenir le collègue de gens qui ont oublié jusqu'à l'orthographe, s'ils l'ont jamais sue.

***

Quoique nous soyons en retard d'un mois, nous croyons qu'il est temps encore de venir dans ces pages féliciter M. Chevreul d'avoir pu assister si gaillardement aux fêtes que lui a values le mérite si exceptionnel de vivre cent ans. Ah! comme vous devez bénir le ciel, M. Chevreul, de n'avoir pas subi en juillet ou en mai les atteintes d'une maladie mortelle. Comme nous devons le bénir avec vous, nous, hommes de science, car nous n'aurions pas goûté le plaisir de voir l'étude, la recherche opiniâtre des lois de la nature et de ses secrets, les découvertes chimiques et industrielles, célébrées par le gouvernement comme par la population tout entière à l'occasion du centenaire de celui qui prend le titre de doyen des étudiants.

***

Après avoir adressé une expression de regret à ceux de nos maîtres qui viennent, en vertu de la loi récente, d'être mis à la retraite, MM. Gavarret, Hardy et Sappey, disons un dernier adieu à

10 juillet. — Etat général excellent. Le pansement est refait tous les trois jours; il se compose d'une longue tente de gaze iodoformée introduite dans la cavité pulmonaire, d'un sac de cellulose au sublimé et d'un bandage de corps.

La suppuration est peu considérable et de bonoe nature; par les quintes de toux, le malade rejette une certaine quantité de liquide purulent stagnant au fond de la poche dont la partie déclive est située un peu plus bas que le niveau de l'incision pulmonaire

A chaque pansement, un peu de liquide phéniqué an 1/100e est projeté dans la cavité à l'aide d'un pulvérisateur à main; les tubes à drainage sont chaque fois lavés et remis en place. Leur réintroduction provoque toujours une petite quinte de toux dés que leur extrémité affleure le tissu pulmonaire.

Les fils à suture sont enlevés aujourd'hui; la réunion par première intention est obtenue dans toute la surface où elle a été cherchée.

Il est facile de se rendre compte de la disposition des parties; elles se présentent de la manière suivante : au premier plan, la paroi thoracique ouverte par la résection des côtes; sur un second plan, un large orifice circulaire pratiqué dans le tissu pulmonaire détaché dans une petite étendue et flottant à la périphérie de l'ouverture des parties molles.

Par cet orifice, l'œil plonge dans une vaste cavité, grande à admettre environ une orange et qui n'est autre que la caverne pulmonaire. C'est dans cette cavité que sont introduits les tubes à drainage et la gaze iodoformée. Dans les efforts de toux, elle semble se rétrécir et se resserrer et les bords de son orifice se rapprochent de l'ouverture de la paroi.

La quantité quotidienne d'expectoration est maintenant réduite à quelques crachats purulents, spumeux, occupant le fond du crachoir, sans aucune odeur. L'haleine du malade n'a plus jamais eu de fétidité depuis le moment de l'opération.

Mais ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est l'état de tranquillité dans lequel est cet homme, comparé à l'état de fatigue et d'angoisse que lui créaient des quintes de toux presque incessantes avant l'intervention. Il se couche à plat sur le dos au lieu de s'incliner comme auparavant sur le côté droit, seule position où il était moins tourmenté par la toux.

19 juillet. — L'amélioration continue; l'état général et l'appétit sont excellents; la température est absolument normale.

Il n'y a presque plus de toux et l'expectoration est réduite en vingt-quatre heures à quelques crachats muco-purulents recouvrant le fond du crachoir.

Les pansements sont régulièrement faits de la même manière tous les trois jours.

La plaie extérieure se rétrécit et se déprime profondément; les bourgeons charnus sont roses et vigoureux. La suppuration cavitaire est peu abondante et sans odeur; il est difficile d'apprécier encore une diminution dans l'étendue de la caverne pulmonaire; cependant, on y introduit certainement une moins grande quantité de gaze iodoformée; les tubes sont raccourcis.

Le malade se sent assez bien pour demander à se lever; mais je ne crois pas encore devoir accéder à ce désir.

21 juillet. — Il commence à se lever; il est frais et a une mine excellente. Depuis deux jours, le crachoir en vingt-quatre heures ne renferme que deux à trois crachats muqueux, à peine muco-purulents.

Il est impossible de soupçonner que cet homme a été l'objet d'une intervention chirurgicale aussi importante.

D'après les recherches auxquelles je me suis livré, c'est la première fois que cette opération est faite en France de parti pris et de propos délibéré. La *pneumotomie* ou incision pratiquée à travers le tissu pulmonaire pour donner issue à des collections renfermées dans son épaisseur ou modifier des cavités suppurantes est une opération de date récente. Son histoire a été faite chez nous récemment par le docteur Truc (Thèse de Lyon, 1885) et par le même auteur dans une revue critique insérée dans la REVUE DE MÉDECINE (mars 1886) et à l'étranger par le docteur de Cérenville (REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE, n° 8, 15 août 1885).

On trouvera dans ces divers travaux les indications auxquelles l'opération a été appliquée et les résultats qu'elle a fournis.

La pneumotomie a été appliquée au traitement : 1° des abcès pulmonaires et des bronchectasies simples; 2° des cavernes tuberculeuses; 3° de la gangrène pulmonaire; 4° des kystes hydatiques du poumon; 5° des corps étrangers tombés dans les bronches.

Je laisse de côté tous les faits qui ne se rapportent pas aux kystes hydatiques du poumon et qui peuvent donner lieu à des discussions que je ne suis pas en mesure d'aborder actuellement. La pneumotomie, dans le cas de kystes hydatiques, a été déjà pratiquée un certain nombre de fois. John Davies Thomas, dans un mémoire récent (BRITISH MEDIC. JOURN., p. 692, oct. 1885), a pu réunir 32 cas d'hydatides pulmonaires opérées et se montre partisan d'une large intervention chirurgicale dans cette affection. Il conseille l'empyème et les drainages antiseptiques. Le résultat général a été 27 guérisons et 5 morts. La plupart des faits ont été recueillis en Australie où

---

quelques-uns de nos confrères quinous ont quittés d'une manière plus définitive. A ce vieux praticien si expert en médecine légale, Séverin Caussé, d'Albi, mort à 89 ans; au docteur Prat, médecin auriste instruit et lettré, à ces exilés volontaires qui sont allés perdre la vie dans nos colonies nouvelles de l'Indo-Chine; à Mme Ribart et au docteur Zuber, qui laisse après lui divers travaux estimés. A Montpellier, c'est le professeur d'anatomie pathologique, Estor, qui a disparu âgé seulement de 56 ans. A New-York, c'est Hamilton; à Florence, c'est Pagliari, l'inventeur de cette eau hémostatique qui porte son nom (Pagliari était né en 1799); à Paris, c'est Boinet, le propagateur de la médication iodée et l'habile ovariotomiste, qui nous ont quittés.

***

Je tiens à accorder quelques lignes à part au bibliothécaire de l'Académie de médecine, à ce savant modeste quoique des plus érudits, à René Briau, qui a fini par succomber à une longue maladie. Traducteur et commentateur perspicace de la CHIRURGIE de Paul d'Egine, auteur de recherches intéressantes sur la *Médecine des anciens Indiens*, sur le *Serment d'Hippocrate et la Lithotomie*, collaborateur de la REVUE ARCHÉOLOGIQUE, où il publiait en 1882 le curieux article : *Un médecin de l'empereur Claude*, signataire de l'article CHIRURGIE (et je crois bien de plusieurs autres articles, dans le *Dictionnaire des antiquités grecques et romaines*), M. Briau avait surtout entrepris la publication d'une *Histoire de la profession médicale dans l'antiquité*, dont trois parties ont seules paru. Malgré toutes ces recherches inédites, René Briau était resté médecin praticien. Il aimait la franchise et la pratiquait. Esprit droit, nature complaisante, il appréciait à leur juste valeur telles publications bruyantes de maint érudit de mauvais aloi; sans fiel, sans aigreur, il savait signaler les réputations surfaites. Celui qui va lui succéder dans les fonctions de bibliothécaire en chef de l'Académie de médecine aura-t-il le bonheur de pouvoir obtenir enfin un local suffisant pour étaler les richesses que l'Académie possède enfouies, entassées, et en somme perdues pour les chercheurs? Quand on songe que la collection si riche des livres que Daremberg a légués au corps savant de la rue des Saints-Pères, en 1872, s'y trouve non encore déballée! Et la bibliothèque obstétricale du docteur Mattei, et tant d'autres dons postérieurs qui ne sont pas plus que les livres de Daremberg à la

exerce l'auteur; deux d'entre eux auraient été pratiqués en France; nous n'avons nulle part trouvé l'indication de ces opérations que le docteur Truc semble aussi ne pas connaître, malgré les recherches auxquelles il a dû se livrer pour la rédaction de ses travaux.

La chose, du reste, importe peu; le cas auquel j'ai eu affaire ne rentre pas directement dans l'histoire des kystes hydatiques pulmonaires traités chirurgicalement. Depuis longtemps, il ne s'agissait plus d'hydatides dans ce cas, celles-ci ayant été éliminées par les bronches et détruites par la suppuration. Nous nous trouvions en présence d'une caverne pulmonaire, ayant succédé à l'évacuation de ce kyste et dont l'oblitération était rendue impossible par la grande dimension de la cavité et la stagnation du pus. Il s'agissait donc plutôt, à l'heure présente, d'un abcès pulmonaire.

Dans l'un et l'autre cas, au reste, les indications sont les mêmes et doivent se remplir de la même façon. En effet, si l'ouverture du kyste par les bronches n'est pas suivie d'une évacuation et d'une oblitération rapides, elle donne lieu à des phénomènes de septicémie par rétention ou décomposition du contenu kystique et à la production incessante de quintes de toux et de dyspnée provoquées par l'expulsion des membranes et du pus à travers les bronches et le larynx. Ces deux ordres de phénomènes — septiques et dyspnéiques — peuvent coexister; ils coexistaient dans le cas actuel.

La question préalable du siége de la cavité kystique, de son étendue, de ses rapports avec le tissu pulmonaire voisin, est absolument résolue par la percussion et l'auscultation de la poitrine. J'ai assez longuement insisté sur les détails fournis par l'auscultation pour permettre de reconnaître une cavité intra-pulmonaire et la distinguer d'une collection pleurale ouverte dans les bronches.

La conservation d'une sonorité superficielle et de l'élasticité donnée par la percussion, la conservation des vibrations thoraciques, la perception d'un murmure vésiculaire doux pendant une respiration tranquille, ne permettaient pas de méconnaître la présence d'une lame pulmonaire sous l'oreille, recouvrant une cavité dont les signes étaient fournis par de gros râles et des gargouillements dès que la respiration était plus bruyante. On pourrait encore ajouter que le défaut de rapprochement des côtes et le manque de dépression et de déformation de la cage thoracique excluaient l'idée d'une suppuration pleurale ancienne.

Tout autour de cette cavité, le murmure vésiculaire normal indiquait l'intégrité du parenchyme pulmonaire voisin.

Le manuel opératoire n'a pas différé de celui que j'emploie dans la résection costale pour l'opération d'Estlander. Malgré les quelques critiques dont il a été l'objet, je me suis servi avec avantage, ici et dans beaucoup d'autres cas, du lambeau cutané en U, qui permet d'aborder facilement les parties profondes et d'avoir un grand jour. Suivant les besoins, les branches de l'U peuvent être prolongées en haut ou écartées sur les côtés, en divergeant de plus en plus. Dans ce cas, les dimensions du lambeau étaient exactement calculées d'après les résultats fournis par l'auscultation.

Le siège élevé de l'opération, dans le voisinage des premières côtes, m'a fait ajouter un temps que je recommande et dont l'exécution facilite très notablement les manœuvres suivantes. J'ai sectionné verticalement, dans toute la hauteur du lambeau, les muscles grand et petit pectoral; la rétraction spontanée et le refoulement des bouts sectionnés met les côtes à nu et les rend tout à fait accessibles. Dans le cas actuel, il me paraissait indispensable de bien voir clair dans la profondeur et d'avoir un trajet direct et sans obstacles pour l'écoulement des liquides.

Je pense, comme MM. Truc et de Cérenville, qui la recommandent sans l'avoir pratiquée, que la résection d'une ou de plusieurs côtes, variable avec l'étendue de la cavité sous-jacente, est absolument de rigueur comme premier temps de la pneumotomie. Elle permet de voir et de toucher les parties profondes qui vont être sectionnées, d'ouvrir largement la cavité pulmonaire, de la déterger, de la tamponner en cas d'hémorrhagies et de la surveiller pendant les suites opératoires, soit pour son évacuation, soit pour sa modification. En outre, le désossement partiel de la paroi thoracique en regard de la caverne pulmonaire me paraît indispensable au retrait et à l'oblitération de celle-ci, dès que ses dimensions sont un peu considérables.

La résection costale fut ici particulièrement facile, les côtes étant écartées les unes des autres et ne chevauchant pas comme à la suite des pleurésies anciennes et des fistules pleuro-cutanées.

---

disposition des intéressés. A l'étranger on eût construit des palais pour loger ces richesses, en France on les ensevelit dans des sortes de cryptes funéraires où la poussière et l'humidité peuvent seuls pénétrer.

La France est cependant le pays par excellence du chauvinisme!

« Que l'on est fier d'être Français
Quand on regarde la colonne »

chantaient nos pères. Leurs fils n'ont pas le droit d'être aussi fiers de leur patrie lorsqu'ils passent au coin du boulevard Saint-Germain et de la rue des Saints-Pères. En serons-nous réduits à ne vivre que de notre gloire passée? A Dieu ne plaise! Il suffit peut être d'attirer l'attention sur ce déplorable état de choses, pour le voir disparaître. — Amen!

Dr PETER-PAUL SOMANS.

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours des prix de l'internat. — Le jury du concours, qui doit s'ouvrir le mercredi 3 novembre prochain, pour les prix à décerner aux élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, est définitivement constitué. Il se compose de MM. les docteurs Balzer, Landrieux, Mercklen, Brun, Terrier, Tarnier et Le Dentu.

***

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle en date du 14 septembre 1886, ont été désignés:

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bourdon et Bienvenue, pour les hôpitaux et ambulances de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; — Coste, pour le 129e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Cros et Pascaud, pour les hôpitaux et ambulances de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

— Par décrets en date du 1er septembre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve:

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe: MM. les docteurs Citerne, Revol, Curtil, M. Sarrazin, Legalcher-Baron, Grassin, A. Sarazin, Bert, Carron de la Carrière et Filloux.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe: MM. les pharmaciens diplômés de première classe Queuille, Bouriez, Abelhauser, Benoist, Lesage, Baboin, Deglos, Splette, Reeb et Giraud.

Le tissu spongieux des côtes était mou, très vascularisé, facile à sectionner.

L'étendue de la résection et le nombre de côtes à réséquer ont varié avec le degré d'ouverture nécessaire à obtenir et suivant les dispositions et dimensions de la cavité pulmonaire sous-jacente.

Il pourra être nécessaire de pratiquer la résection d'une côte inférieure, après l'ouverture de la cavité pulmonaire, si l'on s'aperçoit alors que le fond de celle-ci ou ses prolongements ne pourraient que difficilement être évacués.

L'incision du tissu pulmonaire — point essentiel et capital de l'opération — me paraît être un des temps qui méritent attention. Cette incision devra être faite lentement avec le thermocautère ; le tissu du poumon même sclérosé et carnifié, comme dans le cas actuel, est vasculaire et saigne abondamment, d'autant plus que les efforts de toux et la gêne respiratoire favorisent l'hémorrhagie.

En outre, l'introduction du sang dans les bronches et le larynx provoque des quintes de toux et de dyspnée qui peuvent être inquiétantes.

Le meilleur mode d'hémostase me paraît devoir être le tamponnement extemporané de la cavité avec des éponges et ensuite avec la gaze iodoformée.

J'ai déjà dit que mon intention avait été de modifier la paroi interne de la cavité en la touchant avec des tampons de coton-hydrophile imbibés d'une solution de chlorure de zinc à 5 p. 100; la nécessité de terminer rapidement l'opération ne m'a pas laissé le loisir d'exécuter ce temps, et je n'ai pas eu à m'en repentir, puisque les choses ont évolué de la manière la plus heureuse du monde.

En tout cas, il faut proscrire, soit au moment de l'opération, soit dans les pansements suivants, les grandes irrigations dans la cavité, tant que celle-ci communique avec les bronches. Je crois qu'on peut employer avec avantage pour le lavage les pulvérisations faites avec le pulvérisateur à main, modèle Richardson; la vapeur d'eau phéniquée au 1/100° ou de toute autre solution peu irritante et non toxique lave et déterge suffisamment les parois de la cavité, sans les choquer et les irriter en déterminant des réflexes pénibles de toux et de dyspnée.

Le drainage et un pansement antiseptique absorbant terminent l'opération.

Les drains, gros et volumineux, ne doivent pas être assez longs pour éviter de faire saigner la paroi de la cavité pulmonaire qui m'a paru fort sensible aux contacts anormaux.

Je serais mal venu à donner des préceptes généraux à propos d'une opération rare que je n'ai encore pratiquée qu'une fois ; je m'arrête donc ici et je termine en disant : les résultats opératoires et thérapeutiques déjà obtenus dans les faits de cet ordre et dans ce cas particulier sont satisfaisants ; ils peuvent nous encourager aux tentatives de ce genre dans lesquelles on trouve, pour le plus grand bien du malade, une heureuse alliance de la médecine et de la chirurgie.

Note additionnelle. — 18 septembre. — Depuis longtemps, c'est-à-dire depuis le commencement d'août, un mois après l'intervention, le malade peut être considéré comme guéri de son opération. Il a depuis cette époque constamment circulé dans les cours et les jardins ; il a bonne mine, bon appétit, ne tousse plus du tout, n'expectore absolument rien et a toutes les apparences de la santé la plus florissante.

Le pansement fait d'abord environ tous les cinq jours n'est plus fait depuis longtemps qu'une fois par semaine. Il consiste dans le lavage du tube à drainage et l'application d'un tampon de gaze iodoformée et d'ouate de bois au sublimé.

Au niveau de la résection costale, la paroi thoracique s'est déprimée. Il persiste une petite plaie d'environ 2 c.q. par laquelle on introduit un gros tube à drainage. Cet orifice conduit dans une vaste cavité pulmonaire dont l'oblitération ne fait pas de sensibles progrès. La paroi interne de cette cavité ne secrète qu'une très faible quantité de pus que l'on retrouve dans le pansement hebdomadaire ; elle ne paraît pas le siège d'un bourgeonnement actif capable d'en amener l'oblitération. Elle ne semble plus communiquer avec les bronches, car il n'y a plus aucune expectoration.

Il s'agit donc aujourd'hui d'une vaste caverne à parois régulières, sécrétant très peu, en communication avec l'extérieur par la plaie opératoire. Les parois ne sont pas tout à fait immobiles ; elles sont contractiles, car, dans certains efforts de toux, la cavité semble se rétrécir et le tube à drainage est violemment projeté au dehors.

Examinée à l'aide de l'hystéromètre, cette cavité mesure les dimensions suivantes : l'instrument, enfoncé directement d'avant en arrière, de l'orifice fistuleux vers un point qui correspondrait à l'épine du scapulum environ, indique 11 c.; légèrement recourbé, et insinué suivant le diamètre transversal, il indique environ 5 c. à droite et à gauche de l'orifice fistuleux et 3 à 4 c. au-dessus et au-dessous de celui-ci. On peut donc estimer à peu près que cette caverne pulmonaire mesure 11 c. dans son diamètre antéro-postérieur, 9 à 10 dans son diamètre transversal et 6 à 8 dans son diamètre vertical.

J'ai peine à croire qu'une aussi vaste cavité puisse s'oblitérer par les seules forces de la nature ; il est cependant nécessaire d'attendre encore avant de tenter une opération quelconque ; la rétraction cicatricielle et l'affaissement thoracique sont loin d'avoir encore dit leur dernier mot.

Quoiqu'il en soit et quand même cet homme devrait garder une fistule pulmono-cutanée, le résultat acquis est inappréciable ; il suffit de voir et d'entendre cet homme qui vit aujourd'hui de la vie commune alors qu'auparavant il était en proie aux angoisses constantes de la toux, de la dyspnée et de l'insomnie et qu'il était un objet d'horreur et de répulsion par l'odeur infecte qu'il exhalait d'une manière incessante.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

A PROPOS D'UNE OBSERVATION DE RUPTURE DU FOIE ET DE LA VESSIE, par M. MAUBRAC, aide-major.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Deux points priment le sujet :

1° A. D'où viennent les éléments qui comblent l'espace laissé libre entre les lèvres de la plaie et qui, plus tard, constitueront le tissu de cicatrice ?

2° B. Que deviennent ces éléments et quelles modifications subissent les lèvres de la plaie ?

A. — Les cellules du tissu conjonctif, les cellules hépatiques, les globules blancs ont été considérés comme devant former la cicatrice.

Pour Virchow, Hermann Joseph, Ludwig, Mayer, ce sont

les éléments conjonctifs interlobulaires et peut-être aussi de la gaine des vaisseaux avec quelques globules blancs, issus des vaisseaux sanguins.

Hœster, d'Utrecht, n'admet que les globules blancs sortis des vaisseaux par diapédèse.

Thiersch, Kolb, croient que les éléments conjonctifs et les cellules hépatiques participent à la cicatrisation.

Terrillon, « pour expliquer la rapidité du travail dans les cas de ruptures à foyer communiquant dans l'abdomen, se basant sur ce que dans la cavité péritonéale existent quantité d'éléments cellulaires, et que dans les cas d'irritation légère, l'endothélium du péritoine se gonfle et prolifère activement, admet que ce sont ces cellules qui comblent la fissure et sont le moyen rapide et énergique de la cicatrisation ».

Tillmann admet aussi que le rôle principal appartient aux globules blancs du sang et aux cellules migratrices de la cavité péritonéale.

Il semble donc acquis qu'immédiatement après sa formation la plaie hépatique se comble, en partie, au moins, d'éléments cellulaires venus de la cavité péritonéale.

B. Ce n'est point là le phénomène définitif. La cicatrice va évoluer à son tour, « diminuer d'étendue, se réduire bientôt à une mince couche de tissu conjonctif dense, et le tissu hépatique, empiétant sur cette cicatrice, la fera presque totalement disparaître » ; en même temps « se rétablit la communication des voies biliaires du parenchyme dont les bords avaient été lésés dans la rupture ». Cette évolution nouvelle constitue la régénération du tissu hépatique.

Sitôt la plaie remplie de leucocytes, les parties voisines irritées entrent en activité ; le parenchyme hépatique des bords de la solution de continuité se modifie, en même temps que les cellules conjonctives prolifèrent et forment une bande de tissu conjonctif qui est en continuation directe avec le tissu conjonctif interacineux et de la capsule, recouvre les bords de la solution de continuité et les sépare du caillot. Ce tissu conjonctif envoie des prolongements dans la coagulum en voie de résorption et se substitue petit à petit au caillot, et alors se forme du tissu fibrillaire très épais. Les cellules hépatiques, celles des canaux biliaires, prolifèrent aussi ; des tubes de cellules épithéliales se forment, provenant des conduits biliaires préexistants, — simples prolongements de ces canaux avec lesquels ils sont en communication, — creusés d'une cavité dès le commencement, et, s'anastomosant entre eux, forment un réseau de cordons épithéliaux, véritables trabécules hépatiques et conduits biliaires.

« En même temps, les cellules embryonnaires disparaissent, les unes formant du tissu conjonctif qui constituera la cicatrice indélébile et persistante, les autres prenant part au travail de néoformation, en particulier des vaisseaux.

« Puis les bourgeons cellulaires d'un côté s'anastomosent avec ceux du côté opposé, formant à travers la cicatrice une série de traits d'union qui la transforment en crible dans chacun des trous duquel passe une trabécule ou un vaisseau.

« De même que dans le développement du foie (prolifération active de la couche fibreuse qui entoure les produits hépatiques primitifs, — et de l'épithélium de ces conduits (Remak, Kœlliker, Toldt), dans la réproduction partielle, il y a aussi prolifération du conjonctif interacineux qui entoure les conduits biliaires et prolifération de l'épithélium des conduits biliaires préexistants » (d'après Griffini).

Corona, Pétrone, Ceccherelli, etc., ont admis, au moins dans ses points essentiels, la description que nous venons de donner.

Instruits par ce que nous apprend l'expérimentation chez l'animal, examinons, dans la mesure de nos ressources, si l'on peut appliquer à la pathologie humaine les résultats de ces recherches.

L'examen microscopique que nous avons pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique du Val-de-Grâce, avec l'aide de M. le professeur agrégé Vaillart, nous a révélé les faits suivants :

Une coupe pratiquée sur une des branches de l'Y, que nous avions considérée comme cicatrisée, a d'abord montré que la substance interposée aux lèvres de la plaie était peu adhérente et laissait vide leur intervalle lorsque la coupe était montée.

La fente a la forme d'un V dont les branches, longues de 4 m.m., sont, au niveau de la capsule de Glisson, écartées de 2 m.m. environ. Dans cette fente, sont des débris de globules blancs ; ils constituent une masse granuleuse, d'un jaune sale, ocreux, avec des masses plus foncées, débris de globules rouges ; çà et là se rencontrent quelques lames colorées en rouge jaune, réfringentes, débris de cellules hépatiques entraînées au moment de l'accident.

La capsule de Glisson n'est nullement déformée et s'arrête sur les bords de la fente ; elle est tuméfiée et des leucocytes infiltrent ses faisceaux ; sous la capsule, petits points hémorrhagiques.

Les lèvres de la plaie sont limitées de l'un et l'autre côté par un liseré, variable en épaisseur, constitué par une substance colorée vivement en rouge (1), ne présentant aucune trace d'organisation et montrant en certains points un éclat vif, comme vitreux. Cette substance, qui n'est pas sans analogie avec les masses ou les dépôts que l'on observe à la surface des séreuses enflammées, est formée par des travées de matière homogène qui parfois se dépose en réseau et dont les mailles contiennent quelques leucocytes. Sur certains points, il est facile de reconnaître l'origine de cette substance ; au niveau de ces derniers points, on voit qu'il y a eu, indépendamment du sang extravasé, une exsudation de leucocytes qui n'ont pas tardé à se fusionner entre eux ou à se conglomérer pour former de petits amas ou les travées indiquées. Les cellules hépatiques ne sont pas absolument étrangères à la formation de cette masse ; elles ont manifestement proliféré et les éléments de cette prolifération ont évolué comme les leucocytes. En résumé, cette zône rouge, homogène, qui tapisse les parois de la déchirure, semble bien répondre à une nécrose très limitée du tissu à ce niveau.

En dehors de cette zône, existent d'une manière très manifeste des éléments cellulaires dont l'origine est diverse : d'une part, des leucocytes ; d'autre part, des cellules conjonctives et hépatiques qui ont proliféré. Tous ces éléments présentent une coloration hématique due aux nombreuses hémorrhagies qui infiltrent les lobules voisins. En effet, cette coloration s'étend à une distance de 1 centimètre de chaque côté de la plaie ; tous les lobules sont jaunes, ocreux, coloration provenant des hémorrhagies faites à ce niveau.

En certains points, la réaction est très légère ; sur quelques coupes, nous n'avons pu découvrir la moindre trace de nécrose ou réaction ; il semble que la rupture vient à peine de se produire.

Sur les coupes portant au point de réunion des trois traits d'éclatement, on trouve les signes de la contusion du foie, avec déchirure limitée à la capsule de Glisson, sous laquelle on trouve, s'étendant plus ou moins loin, de véritables nappes hémorrhagiques, qui la soulèvent et la décollent ; la capsule élastique s'est rétractée ; elle est infiltrée de globules blancs. Le tissu sous-jacent à la capsule absente est le siège d'une hépatite interstitielle disséminée sous forme d'îlots ; ces derniers correspondent surtout aux régions où l'hémorrhagie a été le plus abondante ; dans ces points,

(1) La pièce est colorée au picro-carmin.

les espaces portes sont très élargis; sur la coupe, ces îlots apparaissent, à l'œil nu, comme des taches grisâtres interposées entre les lobules de la glande et empiétant plus ou moins sur ceux-ci; dans ces îlots sont des leucocythes et des cellules hépatiques prolifèrées, véritable tissu embryonnaire, dans lequel existent d'assez nombreux vaisseaux de nouvelle formation et sans paroi. Nous n'avons pu, en ces points, découvrir trace de déchirure: Les signes microscopiques sont d'ailleurs ceux de la contusion. Sur la portion de parenchyme privée de la capsule, on trouve superficiellement un liseré rouge, en tout semblable à celui que nous avons signalé sur les lèvres de la plaie, mais plus épais, et qui contient, presque méconnaissables, des cellules hépatiques, des globules blancs agglomérés et mortifiés. Au-dessous, réaction nulle; plus profondément seulement, on rencontre les îlots d'hépatite et les hémorrhagies.

Dans les points où le foie a éclaté, au-dessous de la capsule, on trouve encore des globules blancs et rouges dégénérés; les parois de ces foyers sont intactes et sans zône motifiée, ni trace d'infiltration de globules blancs ou de réaction; l'origine traumatique de ces déchirures ne se peut affirmer que par la présence d'une hémorrhagie ancienne dans un foyer sans paroi.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'étude de la tuberculose.

I. INOCULATION DE LA TUBERCULOSE LORS DE LA CIRCONCISION, par E. LEHMANN (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1886, n° 10). — II. INOCULATION DE LA TUBERCULOSE CHEZ UN ENFANT, par le docteur ELSENBERG (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 35, p. 581. — III. SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA TUBERCULOSE A LA SUITE DES GREFFES CUTANÉES, par CZERNY (*Centralblatt für Chirurgie*, supplément au n° 24, 1886, p. 18. — IV. INFECTION TUBERCULEUSE A LA SUITE D'UNE PLAIE PÉNÉTRANTE DU GENOU, par G. MIDDELDORPF (*Fortschritte der Medicin.*, 1886, n° 8). — V. L'ASPIRATION, CAUSE FRÉQUENTE DE L'EXTENSION DE LA TUBERCULOSE DANS LES POUMONS, par von BRUNN (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1885, n° 31). — VI. SUR LA VALEUR PRONOSTIQUE DE LA RICHESSE DES CRACHATS DES TUBERCULEUX EN BACILLES, par MAY (*Munchener medic. Wochenschrift*, 1886, n° 25). — VII. DÉVELOPPEMENT EXPÉRIMENTAL DE LA TUBERCULOSE DES OS, par MÜLLER (*Centralblatt für Chirurgie*, 1886, n° 14). — VIII. SUR LA TUBERCULOSE DE LA GLANDE THYROÏDE, par E. FRAENKEL (*Virchow's Archiv.* t. C.-IV, fasc. 1, p. 58, 1886).

I. E. LEHMANN a observé en 1879, dane la ville russe de Rjeshiza, dix exemples de tuberculose survenue chez des enfants juifs et imputable à une inoculation ayant eu pour porte d'entrée la plaie préputiale, suite de la circoncision. Le rabbin qui avait circoncis ces enfants était affecté d'une tuberculose parvenue à la dernière période. Suivant l'usage, paraît-il, il avait, aussitôt aprée l'opération, appliqué ses lèvres sur la plaie pour tarir l'hémorrhagie par succion de la surface saignante. Chez tous lee enfants en question, les premiers eignes de la tuberculoee s'étaient montrés dix jours environ aprés la circoncision; la plaie préputiale était envahie par une ulcération grisâtre, à marche extensive, avec engorgement des ganglions de l'aine. Rien dans les symptômes conséeutifs n'autorisait le soupçon d'une infection syphilitique. Deux des enfants sont morts de méningite tuberculeuse; trois autres ont eu des suppurations multiples et sont morts d'épuisement; un autre a succombé à une diphtérie intercurrente; deux ont guéri.

II. M. ELSENBERG (de Varsovie) publie un fait du même genre. Il s'agit d'un enfant mâle, né au mois de septembre 1885, de parents parfaitement sains, qui fut circoncis huit jours aprée sa naissance. Le rabbin ne manqua pas de pratiquer la succion de la plaie préputiale. Loin de se cicatriser, la plaie se mit à suppurer; deux mois plus tard, les parents de l'enfant constatèrent l'existence d'un engorgement des ganglions de l'aine. Le 28 février de l'année présente, l'enfant fut conduit à l'hôpital israélite de Varsovie. Il portait à l'extrémité du prépuce un ulcère, recouvert d'un exsudat jaunâtre qui infiltrait les tissus sous-jacents dans une assez grande profondeur. Le frein était également le siége d'un noyau d'infiltration du volume d'un pois. Grand endolorissement des parties infiltrées. A chaque pli de l'aine, véritable tumeur ganglionnaire, celle de gauche ulcérée en un point qui est envahi par une rougeur violacée. Derrière l'oreille gauche, dans le voisinage de l'apophyse mastoïde, s'était formé un abcès fluctuant. Les ganglions lymphatiques des autres régions n'étaient pas engorgés; pas de tracee d'un exanthème. Rien d'anormal du côté des poumons et du tube digestif. On crut d'abord à la nature syphilitique des lésions; le traitement spécifique échoua. L'enfant finit par succomber. L'examen microscopique des préparations faites avec des fragments de tissu émanant des foyers morbides a fourni la preuve de la nature tuberculeuse des lésions.

L'auteur ajoute que depuis le mois de mai dernier, il a observé troie nouveaux exemples d'infection tuberculeuse consécutive à la circoncision.

Tout récemment, Hofmokl (de Vieune) a publié (WIENER MEDIC. PRESSE, 1886, p. 749) des exemples d'ulcérations tuberculeuses développées au niveau de la plaie prépntiale, à la suite de la circoncision. La présence des *bacilli tuberculosi* au siège des ulcérations a été constatée par M. Weichselbaum, familier avec ce genre de recherches.

III. Dans le n° 19 du JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, p. 185, nous avons analysé une communication de M. Wahl sur un cas de tuberculose inoculée à la suite d'une amputation de l'avant-bras, communication faite au dernier Congrès de la Société allemande de chirurgie. A ce même Congrès, M. Czerny a lu une note sur le développement de la tuberculose à la suite de greffes cutanées. Il a relaté deux exemples de ce mode d'infection tuberculeuse, qui ne sont pas absolument probante. Ainsi le second cas concerne une fillette de 4 ans, issue de parents sains, qui s'était fait à la poitrine une brûlure du troisième degré, de la largeur d'une main. On procéda, comme dernière ressource, à la greffe cutanée; les lambeaux d'épiderme transplantés provenaient de membree amputés pour cause de carie. Au printemps suivant, on constatait l'existence d'une cyphose de la partie moyenne du segment dorsal; une amélioration fut obtenue à la suite d'un traitement par les bains saline et de l'application d'un appareil. Quelques mois plus tard, cyphose des vertèbres lombaires, avec formation d'un abcès du psoas. Les poumons et les reins paraissaient être, à cette époque, en état de parfaite intégrité.

M. Czerny conclut que si réellement chez ces deux malades la tuberculose s'est développée consécutivement à la greffe

cutanée, c'est que le virus tuberculeux infiltre les tissus sains, en apparence, des malades affectés de la tuberculose, c'est que celle-ci n'est pas un processus local, mais une véritable dyscrasie frappant tous les tissus.

IV. G. Middeldorpf publie l'observation d'un jeune homme de 16 ans, issu de parents sains, qui, six semaines avant son entrée à l'hôpital s'était fait, en se blessant avec une hache, une plaie pénétrante du genou. La cicatrisation de la plaie s'était effectuée en l'espace de huit jours, sans réaction inflammatoire. Le malade se mit à marcher; son genou était raide. Quinze jours après l'accident, la jointure commença à gonfler; elle était devenue le siège de douleurs extrêmement violentes; atrophie locale. Le malade se fit admettre dans le service du professeur Maas (de Wurtzbourg), qui pratiqua la résection totale du genou. Evacuation d'une petite quantité de pus diffluent; cartilage normal; capsule synoviale transformée en couenne, de l'épaisseur d'un doigt; pas de foyers osseux. La synoviale fut extirpée; l'examen microscopique y fit découvrir des bacilli tuberculosi en nombre restreint. Le malade a guéri.

Cette observation est la même que celle qui a été rapportée dans la thèse de Grossmann (Wurtzbourg, 1884); elle est donc antérieure comme date à l'exemple de tuberculose par inoculation chez l'homme, rapporté par Tscherning (*Fortschritte der Medicin.*, 1885, n° 3, p. 65).

V. M. von Brunn, dans son travail, s'attache à faire ressortir le rôle que joue dans l'extension de la tuberculose pulmonaire l'aspiration de produits tuberculeux à travers les voies respiratoires et de haut en bas. On connaît l'influence fâcheuse qu'exerce sur la tuberculose pulmonaire une tuberculose laryngée concomitante. Cette influence se manifeste surtout à partir du moment où le processus tuberculeux gagne l'épiglotte et la face postérieure des cartilages arythénoïdiens, c'est-à-dire à partir de l'époque où le malade vient en proie à la dysphagie. Il en résulte une gêne dans l'alimentation du malade, mais en même temps un drainage de particules alimentaires et de matériaux chargés de bacilles, de l'entrée du larynx vers les poumons. Ce drainage s'effectue principalement à la suite des quintes de toux auxquelles sont sujets les tuberculeux. Il y a donc un double intérêt à prévenir ces quintes ou à les atténuer, résultat qu'on obtient à l'aide des insufflations de cocaïne et de morphine pratiquées un quart d'heure avant chaque repas.

VI. M. May a fait sur un ensemble de 132 tuberculeux des recherches consistant à étudier parallèlement la marche de la maladie, les variations du poids corporel et la richesse plus ou moins grande des crachats en bacilles spécifiques. L'examen des crachats était répété de huit jours en huit jours, chaque crachat servant à faire trois préparations. Il s'est fait voir qu'il n'y a pas de corrélation constante entre l'augmentation ou la diminution du nombre des bacilles contenus dans les crachats, d'une part, et de l'autre la diminution ou l'augmentation du poids corporel. Ainsi, en cas d'amélioration, le nombre des bacilles diminuait, en général, longtemps après le début de l'augmentation du poids corporel; souvent même ce poids commençait à monter, alors que le nombre des bacilles augmentait dans les crachats et indépendamment de tout autre signe subjectif ou objectif d'une aggravation. Dans deux cas, le nombre des bacilles a sensiblement diminué peu de temps après la mort des malades; dans deux autres cas, les bacilles ont complètement disparu des crachats, alors que les malades maigrissaient et que leur état général subissait une aggravation considérable.

De tout cela, il semble résulter que la plus ou moins grande richesse des crachats des tuberculeux en bacilles spécifiques n'a pas la valeur pronostique qu'on lui attribue généralement.

VII. A l'incitation du professeur König, de Gœttingue, Muller a fait des expériences sur des animaux, consistant à injecter des matières tuberculeuses dans les vaisseaux artériels, dans le but de rechercher si, dans ces conditions, des foyers tuberculeux se formeraient dans les os. Les expériences faites sur de jeunes chèvres (injection de la matière tuberculeuse dans l'artère nourricière du tibia) ont surtout donné des résultats très nets, s'étant traduits par le développement, dans les os, de foyers en tout semblables aux lésions tuberculeuses des os chez l'homme: foyers caséeux et granuleux, dans la moelle et dans les couches corticales, ostéomyélite diffuse, avec ou sans formation de séquestres, foyers tout à fait typiques dans les extrémités articulaires des os, avec ou sans ouverture dans la cavité de l'article, etc. Même évolution clinique que chez l'homme.

VIII. M. E. Fraenkel, après avoir passé en revue les principaux travaux parus jusqu'à ce jour, ayant trait à la tuberculisation de la glande thyroïde, fait savoir que, d'accord en cela avec Cohnheim, il a constaté la présence de tubercules dans la thyroïde de tous les sujets qui avaient succombé à une tuberculose miliaire aiguë; que, de plus, ainsi que l'avait affirmé Chiari, la glande thyroïde peut être intéressée dans la forme chronique de la tuberculose généralisée. De ses observations au nombre de six, l'auteur conclut que la tuberculose de la glande thyroïde se présente tantôt sous la forme de nodosités miliaires, tantôt sous la forme de nodosités caséeuses solitaires ou multiples, exceptionnellement sous la forme d'un engorgement tuberculeux *(struma tuberculosa)*, que les tubercules en question se distinguent par leur richesse en cellules gigantesques et leur pauvreté en bacilles spécifiques.

E. Ricklin.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Vorlesungen über Pharmakologie für Aerzte und Studirente. Leçons sur la pharmacologie, à l'usage des médecins et des étudiants, par le docteur C. Binz, professeur à l'Université de Bonn et directeur de l'Institut pharmacologique. — Trois fascicules in-8°, Berlin, 1884-1886. — August Hirschwald, éditeur.

L'ouvrage du professeur Binz comprend les leçons de pharmacologie professées par l'auteur à l'Université de Bonn, leçons qui embrassent un cycle de deux semestres. Dans cet espace de temps relativement court, M. Binz trouve moyen de parcourir tout le domaine de la pharmacologie proprement dite, en consacrant les développements nécessaires à chacun des grands agents thérapeutiques que le médecin est appelé à manier dans la pratique quotidienne, sans s'égarer dans

des détails inutiles. Ce serait un exemple à suivre dans d'autres universités, où l'usage s'est établi de restreindre l'enseignement donné dans le courant d'une année scolaire par un même maître, à une fraction souvent très minime de l'ensemble des matières qui sont du ressort de cet enseignement.

L'ouvrage en question n'a pas seulement le mérite de constituer un abrégé très complet de pharmacologie enserré dans 900 pages environ; il est écrit dans un langage très clair, sous une forme attachante, qui captive l'attention du lecteur sans le fatiguer avec cette phraséologie creuse et ces théories hasardées dont abusent certains de nos thérapeutistes contemporains, dans l'espoir d'en imposer à leurs lecteurs.

Cinq ou six pages à peine sont consacrées à définir le but de la pharmacologie et le sens qu'il faut attribuer à ce mot; suivent quelques considérations sur l'insuffisance des classifications exclusives et sur l'avantage qu'il y a pour un professeur qui s'adresse à des praticiens, à adopter l'ordre physiologique dans l'étude des substances médicamenteuses. C'est cet ordre qu'a suivi M. Binz, en ne se préoccupant que médiocrement de cette schématisation à outrance à laquelle beaucoup d'auteurs ont cru devoir s'astreindre. Ainsi, après les anesthésiques, qui forment un groupe bien défini et qui vont des différents éthers au chloroforme et au protoxyde d'azote, nous voyons défiler, dans autant de chapitres, l'opium et la morphine, le chloral, les bromures médicamenteux, puis la conicine, le curare, la lobélie, la vératrine, le nitrite d'amyle, l'iode, l'iodoforme, l'iodure de potassium, l'atropine et la muscarine, l'hyosciamine, la caféine, la digitale, le seigle ergoté, la fève de Calahar, etc., etc.

Entrer dans le détail de ces chapitres, nous entraînerait trop loin; qu'il nous suffise de dire que tout ce qui concerne l'action physiologique et toxicologique, les applications thérapeutiques d'un médicament, sa posologie, son mode d'administration, les contre-indications à son emploi, est traité de main de maître; la compétence du professeur Binz sur ces matières est universellement reconnue, d'ailleurs.

Dans quelques pages de la fin, sorte de péroraison consacrée à des considérations générales sur les voies à suivre pour atteindre le but de la pharmacologie, M. Binz expose la méthode et l'esprit qui l'ont guidé dans ses recherches de laboratoire et dans son enseignement. L'auteur fait ressortir combien est complexe l'étude des propriétés pharmaco-dynamiques des substances soupçonnées ou réputées médicamenteuses, combien difficile est leur application à l'art de guérir. La découverte des propriétés médicamenteuses d'un corps est souvent l'œuvre exclusive du hasard. Il est loin d'être toujours possible de déduire l'action curative d'une substance de l'action que celle-ci exerce sur les fonctions de l'homme sain. Il en est ainsi, par exemple, pour ce qui concerne l'efficacité de l'arsénic contre certaines formes de fièvres intermittentes, l'efficacité du salicylate de soude contre le rhumatisme articulaire aigu, de l'iode et du mercure contre la syphilis, etc., etc. Or, expérimenter d'emblée sur l'homme malade des substances actives est dans soi chose condamnable, en dehors de certaines circonstances bien définies. Reste l'expérimentation *in animâ vili*. Mais l'animal, à l'état de santé, réagit souvent contre les substances médicamenteuses tout autrement que l'homme; il suffit à ce propos de citer comme exemple la tolérance du lapin pour l'atropine et la morphine. D'autre part, il est souvent difficile ou impossible de communiquer aux animaux les états pathologiques que nous observons chez l'homme, avec la complexité qu'ils réalisent chez ce dernier. Les caractères physiques, les propriétés et les réactions chimiques d'une substance nous font quelquefois prévoir leur action pharmacodynamique; il en est de même de la notion des modifications qu'une substance subit en traversant l'organisme, des modifications qu'elle exerce sur les éléments constituants de nos tissus et de nos organes. Il est permis aussi de fonder de grandes espérances sur l'étude des effets que les substances médicamenteuses exerçent sur les micro-organismes pathogènes qui fixent aujourd'hui à un si haut degré l'attention des médecins; mais, là encore, le pharmacologiste s'engage dans une voie féconde en déceptions et en désillusions. C'est en faisant appel tour à tour à ces différents modes d'investigations, en ne dédaignant pas les enseignements de l'empirisme, qui a mis le thérapeutiste sur le chemin de tant de découvertes précieuses, que la pharmacologie parviendra à conquérir tous les jours des ressources nouvelles au profit de l'art de guérir, sans qu'il lui soit nécessaire d'empiéter sur le domaine des expériences dangereuses.

Le livre de M. Binz sera une acquisition très utile pour les médecins familiers avec la langue allemande.

E. R.

REVUE DES THÈSES

De la tuberculose pulmonaire chronique chez le vieillard, par le docteur Gilbert. — Thèse de Paris, 1885.

La tuberculose peut évoluer chez le vieillard comme chez l'adulte, c'est-à-dire prendre tantôt les allures d'une maladie aiguë, tantôt celle d'une maladie chronique.

Elle peut être innée et dater de l'enfance, ou bien être acquise et se développer primitivement à un âge avancé.

Le début et la marche de la maladie sont lents et torpides. La tuberculose ne s'installe définitivement chez le vieillard qu'après plusieurs poussées successives.

Les symptômes sont loin d'être aussi nets et aussi constants que chez les adultes, et il est quelquefois difficile d'établir le diagnostic, si on ne recherche pas dans l'expectoration les bacilles de Koch.

A. M.

Des températures morbides locales dans la colique hépatique, par le docteur Dubrac. — Th. de Paris, 1886.

L'élévation de la température morbide locale de l'hypochondre droit démontre que, dans la colique hépatique, il y a plus qu'une irritation douloureuse, que c'est un véritable traumatisme des voies biliaires, qui engendre la congestion et l'inflammation du parenchyme hépatique.

A. M.

NOTES & INFORMATIONS

Enseignement de la pharmacie. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le réglement du 20 novembre 1879,

Vu l'arrêté du 2 juillet 1884,

Arrête :

Article premier. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu au siége des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 25 octobre 1886.

ART. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 16 octobre, à quatre heures.

ART. 3. — Sont admis à concourir :

1° Les candidats, pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions, qui auront subi avec la note « bien » les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel ;

2° Les pharmaciens de première classe aspirant au diplôme supérieur.

Ces différents concours porteront sur les matières suivantes :

CANDIDATS AU GRADE DE PHARMACIEN DE PREMIÈRE ANNÉE

Elèves ayant 4 inscriptions. — Composition écrite : Physique. — Chimie minérale. — Organographie et anatomie végétale.

Epreuve orale : Pharmacie galénique.

Elèves ayant 8 inscriptions. — (Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de première année. — Composition écrite : Chimie organique. — Famille des plantes phanérogames. — Matière médicale.

Epreuve orale : Pharmacie chimique.

Elèves ayant 12 inscriptions. — (Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de deuxième année.) — Composition écrite : Analyse chimique. — Toxicologie. — Hydrologie.

Epreuve orale : Zoologie et cryptogamie.

CANDIDATS AU DIPLÔME SUPÉRIEUR.

(Appréciations communes aux deux sections. — Appréciation des études antérieures. — Notes des travaux pratiques de troisième année et des examens probatoires.)

Section des sciences physico-chimiques. — Composition écrite : Physique. — Chimie analytique. — Histoire naturelle générale.

Epreuve orale : Toxicologie.

Section des sciences naturelles. — Composition écrite : Botanique. — Zoologie. — Chimie générale.

Epreuve orale : Hydrologie, minéralogie.

ART. 4. — Les candidats pourvus du grade de bachelier ès-lettres ou de bachelier ès-sciences complet qui ont été admis à l'un de ces grades avec la note « bien » pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Fait à Paris, le 16 septembre 1886.

RENÉ GOBLET.

— ASSISTANCE PUBLIQUE. — Un décret du président de la République apporte à l'organisation de l'Assistance publique d'importantes modifications, qui sont relatives :

1° Au mode de nomination des administrateurs ;

2° Au mode de nomination des médecins ;

3° Au mode de répartition des fonds.

1° *Mode de nomination des administrateurs.* — Sous l'empire de la loi de 1849, les administrateurs étaient nommés par le préfet de la Seine, sur les présentations du directeur de l'administration, du maire, des adjoints et des conseillers municipaux de l'arrondissement et du bureau de bienfaisance. Leur nombre était de douze. Aujourd'hui, les administrateurs sont toujours nommés par le préfet de la Seine, mais ils sont choisis sur une triple liste de candidats présentée par le maire de l'arrondissement. Leur nombre pourra être porté jusqu'à dix-huit. On pense que ce mode de recrutement donnera au conseil des administrateurs plus d'homogénéité.

2° *Mode de nomination des médecins.* — Jusqu'ici les médecins attachés aux bureaux de bienfaisance étaient élus par un collège composé de tous les médecins de l'arrondissement où la vacance se produisait. Ce système est abandonné. Dorénavant, les médecins seront nommés au concours. Les conditions de ce concours seront ultérieurement déterminées par un règlement.

3° *Mode de répartition des fonds.* — Des subventions accordées par l'Assistance publique aux personnes nécessiteuses étaient fixées d'après le chiffre de la population indigente. Cette distribution se fera désormais selon un autre calcul.

Le décret dispose, en effet, que les subventions pour les dépenses variables seront chaque année réparties de la manière suivante : un cinquième proportionnellement à la population générale de l'arrondissement, deux cinquièmes en raison inverse au montant de la contribution personnelle et mobilière de chaque arrondissement, divisé par le nombre d'habitants formant la population générale de cet arrondissement, les deux cinquièmes restants seront attribués aux arrondissements les plus pauvres, après avis des délégués des bureaux de bienfaisance.

Il importe de noter aussi qu'à l'avenir les indigents ne seront plus inscrits d'une manière permanente aux bureaux de bienfaisance. Ces inscriptions seront définitivement supprimées. Les bureaux de bienfaisance ne distribueront plus que des secours temporaires.

— SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le ministre de la guerre vient de décider que désormais les étudiants en médecine cesseront d'être incorporés dans les sections d'infirmiers et feront leur volontariat dans les régiments des diverses armes. Toutes facilités conciliables avec le service leur seront laissées pour poursuivre leurs études.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs : E. Laissus (de Salins-Moutiers) : — Récipon (du Puy) ; — James Goodchild Wakley (éditeur du journal THE LANCET) ; — Pagliari (de Florence) ; — Frank H. Hamilton (de New-York).

***

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le 23 septembre ont été tirés au sort les noms des membres du jury du concours à l'internat des hôpitaux. Sont sortis les noms de MM. Vulpian, qui a refusé et a été remplacé par M. Letulle, Gallard, Gombault (de Cochin), médecins ; MM. Polaillon, Benjamin Anger et Kirmisson, chirurgiens ; M. Marchand, accoucheur.

***

CONCOURS. — Le lundi 6 décembre 1886, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n. 1, à Paris, un concours pour la nomination à sept places d'interne titulaire en médecine, actuellement vacantes dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le dépôt des aliénés près la préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures du matin à trois heures du soir,

depuis le jeudi 4 novembre jusqu'au samedi 20 novembre 1886, inclusivement.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 12 AU SAMEDI 18 SEPTEMBRE 1886

Fièvre typhoïde 16.—Variole 1.— Rougeole 9. — Scarlatine 6. — Coqueluche 8. — Diphthérie, croup 14 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 40. — Phthisie pulmonaire 174.— Autres tuberculoses 45. —Autres affections générales 64 — Malformation et débilité des âges extrêmes 42. — Bronchite aiguë 21. — Pneumonie 44. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 115. — au sein et mixte 57.— Inconnu 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 73. — de l'appareil circulatoire 32. — de l'appareil respiratoire 38. — de l'appareil digestif 50. — de l'appareil génito-urinaire 17. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 8 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 16.— Causes non classées 15. — Total de la semaine : 927 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De l'hérédité dans les maladies du système nerveux, par le docteur J. Déjerine, médecin des hôpitaux. Grand in-8 de 308 pages, avec 70 tableaux généalogiques, dont 5 hors texte. — Prix : 7 fr. Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

La suggestion mentale et l'action des médicaments à distance, par Eugène Alliot, médecin, 1886. In-18 de 86 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le sens des couleurs chez Homère, par le docteur Alb. de Keersmaecker, membre de la Société française d'ophtalmologie. Un vol. grand in-8 de 152 pages. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Des crises dans les maladies, par le docteur A. Chauffard, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

De la grossesse compliquée de kyste ovarique, par le docteur S. Remy, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté de Nancy. Paris, 1886. Un vol. gr. in-8 de 240 pages. — Prix : 5 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Des arthrites infectieuses non tuberculeuses, par le docteur De Lapersonne. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Des paralysies toxiques, par le docteur E. Brissaud, médecin des hôpitaux. Grand in-8 de 120 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

De l'ostéoclasie, par le docteur A. Pousson, ancien interne des hôpitaux de Paris et de Bordeaux (prix Delord). Paris, 1886. Un vol. gr. in-8 de 262 pages avec figures. — Prix : 5 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

D'UNE FORME SPÉCIALE D'OBSTRUCTION INTESTINALE PAR ACCUMULATION DE NOYAUX DE CERISE DANS LE RECTUM, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Dans le Bourbonnais, il est une coutume que j'avais ignorée jusqu'à ces dernières années ; elle consiste à faire une cure de cerises. A-t'on besoin de se purger, est-on constipé, on attend le temps des cerises pour en avaler à foison, tout entières, y compris les noyaux. (On choisit de préférence de petites cerises sauvages). Et l'on trouve ce mode de purgation plus agréable que l'ingestion d'huile de ricin ou d'eau de Sedlitz. La gloutonnerie s'en mêle à tel point que le médecin arrive à retrouver dans les selles des cerises tout entières et non entamées par les dents.

Les dangers provenant d'une accumulation dans l'intestin de noyaux de cerises sont connus depuis longtemps. On sait que ces amas de noyaux peuvent amener des accidents de péritonite et même d'obstruction intestinale. Trousseau a dit (1): « Des matières alimentaires non digérées peuvent entraîner les mêmes accidents. Lorsque je commençai mes études médicales, j'eus occasion de voir un soldat qui fut pris de tous les symptômes de l'occlusion intestinale, pour avoir avalé, gloutonnement, quinze ou vingt jours auparavant, plusieurs livres de cerises sans se donner la peine d'en cracher les noyaux. Il mourut, et, à l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes vers la fin de l'intestin grêle, au niveau de la valvule de Bauhin, une masse de ces noyaux presque aussi volumineuse que la moitié du poing, et qui obstruait complètement l'intestin. »

Sur la foi des auteurs et à la suite de Trousseau, nous inclinions à penser que c'est surtout au voisinage du cœcum que l'accumulation des noyaux se fait d'ordinaire et que les dangers de l'ingestion de ces corps dure sont représentés par la menace d'une typhlite avec ou sans péri-typhlite, avec ou sans perforation, avec ou sans péritonite.

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris,* 4e édition, t. III, p. 214 et 215.

Il ressort de mes observations que les noyaux de cerises s'accumulent généralement ailleurs que dans le cœcum (1) et qu'ils produisent des symptômes d'un genre tout différent.

En 1881, j'ai communiqué à la Société des sciences médicales de Gannat le fait suivant :

OBSERVATION I. — *Signes de péritonite chez une fillette de 7 ans et demi. — Issue de 267 noyaux accumulés dans le rectum. — Guérison.*

Le dimanche 10 juillet 1881, à sept heures du soir, on m'amenait sur une charrette, depuis Durdat jusque chez moi, ce qui représente une distance d'environ 10 kilomètres, une petite fille de 7 ans et demi qui, depuis le mercredi, ne pouvait pas aller du ventre, bien qu'elle eut des besoins pressants, bien qu'elle fit continuellement des tentatives inutiles. En même temps il existait en quelque sorte de l'incontinence des matières fécales. Il y avait issue constante d'un liquide brun, bilieux. L'orifice anal était enflammé, ainsi que le rectum. L'enfant était dans l'impossibilité de s'asseoir et son ventre énorme, très dur, distendu, était excessivement douloureux. Il y avait des envies de vomir depuis le matin. Le pouls battait 120-124 fois par minute.

L'introduction de mon petit doigt dans le rectum fut très difficile, à cause de la résistance de cette fillette, qui poussait des cris déchirants. Quoi qu'il en soit, je pus percevoir la sensation de corps durs frottant les uns contre les autres. Je pensais à un collier de perles introduit dans le rectum, lorsque je parvins à ramener un noyau de cerise ; le diagnostic était fait.

Je cherchai un petit spéculum. Ce fut un spéculum *nasi*, le rhinoscope de M. Duplay, qui me parut le mieux convenir à mon examen. Je l'introduisis. Avec une seringue à hydrocèle contenant 125 grammes d'eau, et que je chargeai un grand nombre de fois, je fis sortir des noyaux en grande quantité. Après une quinzaine d'irrigations, l'enfant éprouve le besoin d'aller du ventre ; je retire le spéculum. Elle ne rend qu'un peu d'eau (de celle que je venais d'injecter). Je vide encore quelques autres fois ma seringue, et les premières injections firent sortir un plus grand nombre de noyaux que les cinq ou six injections qui avaient précédé la tentative de garde-robe. Vers la vingtième injection, il ne sort plus qu'un ou deux noyaux. Je renvoie l'enfant, recommandant de me la ramener le lendemain ou de venir m'en donner des nouvelles. Je conseille un bain de siège émollient et des cataplasmes de farine de lin autour du ventre.

J'avais fait sortir 267 noyaux en un quart-d'heure.

Dès le lendemain, l'enfant allait beaucoup mieux, si bien qu'on ne me la ramenait pas. Son ventre n'était presque plus douloureux. Les garde-robes étaient faciles, et à chaque fois de nouveaux noyaux de cerises sortaient aisément et en grand nombre.

(1) Je suis loin de nier les cas de typhlite et d'obstruction intestinale produits par l'accumulation des noyaux dans le cœcum. J'en ai observé moi-même plusieurs faits. Mais les symptômes en sont tout différents, et les cas m'ont paru moins fréquents que ceux où l'accumulation se fait dans le rectum.

Il en sortit encore pendant trois jours. A la fin de la semaine, l'enfant était guérie et promettait de ne plus recommencer d'avaler des cerises sans en retirer ou en rejeter les noyaux.

Cette accumulation de noyaux de cerises dans le rectum, ce n'était pas la première fois que je l'observais. Quatre ans avant, j'avais eu l'occasion de voir un cas analogue, mais dans toutes autres circonstances. C'était en faisant une autopsie. On avait, dans une maison isolée, trouvé l'homme qui l'habitait seul mort dans son lit Ayant été, avec mon confrère le docteur Pereton, commis par le juge de paix de Commentry à faire l'autopsie de ce cadavre, le rapport suivant fut rédigé par le docteur Pereton en son propre nom et au mien et remis à la justice. Mon confrère a bien voulu m'en remettre une copie.

Obs. II. — *Rapport médico-légal. — Mort par perforation intestinale.*

Nous, soussignés, Paul Fabre, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et Pereton (Gentien-Antoine-Victor), docteur en médecine de la Faculté de Strasbourg, sur la réquisition de M. le juge de paix du canton de Commentry, serment préalablement prêté entre ses mains, nous sommes transportés hier, 25 juillet 1877, au village de Chambouly, commune de Malicorne, canton de Commentry, pour visiter le corps du sieur Auroyer (Gilbert), cultivateur, âgé de 66 ans, trouvé mort à son domicile, la veille, vers midi.

Renseignements. — Le sieur Auroyer, veuf depuis vingt ans environ. vivait seul depuis plus de deux ans; il était, au dire de ses parents, affecté d'une maladie grave du rectum, pour laquelle on n'avait pu le décider à se faire traiter.

Les voisins ne l'ayant plus aperçu depuis le matin du dimanche 22, entrèrent dans sa chambre le mardi 24, vers 1 heure de l'après-midi, et le trouvèrent mort dans son lit.

Le docteur Pereton fut aussitôt appelé par la famille vers 6 h. et demie du soir, et procéda aux premières constatations.

Le défunt était couché dans un lit sans rideaux, situé tête au vent, à l'angle gauche de la seule chambre dont se compose l'habitation; il était en chemise, reposant sur le côté droit, la tête inclinée sur l'épaule droite, au niveau de laquelle apparaissaient sur la chemise et le traversin des tâches produites par un vomissement séreux, sanguinolent, sans trace d'aliments. Le bras gauche était à angle droit plié sur la poitrine; le droit reposait le long du corps. Les jambes étaient repliées, formant, avec les cuisses, un angle aigu.

Des matières fécales brunâtres, semi-liquides abondantes, mêlées de noyaux de cerises, souillaient largement la chemise et la couche.

Le cadavre répandait une odeur fétide, et des signes de décomposition avancée existaient déjà : larves au nez, aux yeux, derrière les oreilles; taches livides à la région dorsale; coloration verdâtre de tout le côté droit et des parois de l'abdomen jusqu'à l'appendice xyphoïde du sternum.

Auroyer ayant été vu, vers 9 heures, le lundi matin, par diverses personnes, la mort doit remonter à trente heures environ, bien que l'état du cadavre semble indiquer davantage.

Sur le sol de la chambre, de larges plaques blanchâtres, provenant de vomissements, composées presque exclusivement de lait caillé.

Dans la huche, à droite de la porte, en entrant, un reste de fromage blanc, frais, et un peu de pain. Sur des rayons, à gauche, une petite bouteille contenant un peu d'eau légèrement salée, probablement de l'eau bénite; une seconde bouteille contenant 250 à 300 gr. d'eau de coings. Dans une armoire, toujours à droite, une bouteille de sirop de groseilles intacte, non décachetée, et 30 grammes environ d'eau de fleurs d'oranger dans un flacon de 120 grammes.

Dans une seconde armoire, faisant face à la porte, auprès du lit mortuaire, un reste d'eau de coings depuis longtemps avarié; entre cette armoire et le lit, un paquet de torchons complètement souillés de matières fécales sanguinolentes.

Nulles traces de violence.

Le docteur Pereton fait prévenir par la famille M. le juge de paix de Commentry, qui ordonne l'autopsie.

Autopsie faite le mercredi 25 juillet, à 5 heures et demie du matin, de 42 à 44 heures après la mort.

Nous avons trouvé sur le lit où le décès a eu lieu Auroyer coiffé d'un bonnet de coton blanc, vêtu d'un gilet de droguet, d'une chemise blanche, le col entouré d'une cravate, d'un pantalon de serge et chaussé de bas de laine bleue.

Après l'avoir mis à nu, nous constatons que le corps a été nettoyé.

1o Nous avons visité avec le plus grand soin les parties extérieures, qui ne nous ont pas offert le moindre indice de violences exercées;

2o L'état de décomposition est avancé; des larves en quantité s'agitent dans le nez, les yeux, en arrière et au-dedans des oreilles: le dos et les cuisses, à la partie déclive, présentent une coloration violacée; l'abdomen en entier et la presque totalité de la région thoracique antérieure sont vert-sombre.

3o A la partie inférieure de la région cervicale et à la région sus-claviculaire, de chaque côté, emphysème.

4o Nous avons, après incision des téguments, mis à ou la boîte crânienne, dont nous avons, par un trait circulaire de scie, détaché le sommet.

En incisant les méninges, nous voyons s'écouler un peu de sérosité provenant d'un commencement de décomposition de la masse cérébrale. Le cerveau, mis à découvert et coupé par tranches, après examen des ventricules, ne présente aucune lésion.

De même pour le cervelet.

5o La paroi antérieure du thorax, incisée au niveau des articulations chondro-costales suivant une figure trapézoïde à petite base, correspondant aux articulations stermo-claviculaires et, rabattue de bas en haut, nous procédons à l'examen des organes après avoir lié l'œsophage.

1o *Examen du cœur.* — De petit volume, complètement vide; un petit caillot de sang peu volumineux dans le ventricule droit. Rien d'anormal.

2o *Examen des organes respiratoires.* — Trachée, coloration mélanique, plus particulièrement à gauche, se propageant aux bronches.

Poumon gauche. — Léger épanchement dans la plèvre; tissu souple, crépitant; taches mélaniques à la surface.

Au sommet, 3 kystes; le plus gros du volume d'une aveline, provenant d'une altération des cellules du tissu connectif, dans lesquelles s'est amassée une matière noire, semi-liquide, qui nous a paru composée de poussières impalpables de houille, ce qui est très probable; Auroyer, étant jeune, a travaillé à la mine (1).

Poumon droit. — Adhérences très difficiles à rompre de la plèvre pariétale à la plèvre viscérale. Presqu'en tous points, l'enveloppe du poumon lui est tellement adhérente qu'il se déchire au moindre effort; en l'incisant, nous voyons les vaisseaux distendus, et les diverses coupes nous montrent des sections brunfoncé, grenues par endroits, par suite de l'accumulation de sang noir dans les vésicules bronchiques. En les comprimant, nous faisons, en divers points, écouler du sang décomposé. Ce poumon, à plusieurs reprises, a du être le siège de diverses affections. Depuis longtemps, il devait être habituellement congestionné et ne pouvait servir que très imparfaitement aux fonctions de la respiration.

(1) Il avait cessé d'y travailler depuis plus de 40 ans.

6° Nous prolongeons les deux incisions latérales de la paroi thoracique jusqu'aux crêtes iliaques; nous rabattons sur les cuisses la paroi antérieure de l'abdomen et mettons à découvert la cavité abdominale. Des gaz excessivement fétides s'échappent en abondance. En soulevant les anses intestinales, nous constatons dans l'hypochondre droit la présence d'un liquide brunâtre, un peu épais, ayant tout l'aspect de matières fécales délayées.

Les *intestins*, sur lesquels nous appliquons plusieurs ligatures, sont très distendus par des gaz.

Estomac. — Bien que nous ayons eu la précaution de lier l'œsophage, il est complètement vide; les parois sont accolées l'une à l'autre. Pas de lésions.

Foie. — Pas de lésions. La vésicule biliaire est pleine.

Rate. — Pas de lésions.

Duodénum et intestin grêle proprement dit, très distendus par des gaz. Pas de lésions organiques.

Rien d'anormal au cœcum, *à l'appendice iléo-cœcal, au côlon ascendant, au côlon transverse.* Dans ce dernier, des masses excrémentitielles se rencontrent fluctuantes et isolées.

Nous trouvons des masses analogues, de plus en plus volumineuses, dans le *côlon descendant;* elles obstruent la partie inférieure de l'S iliaque énormément distendue et tout le rectum. Au-dessus du sphincter qu'il n'a pu franchir se trouve accumulé un énorme agrégat de noyaux de cerises mêlés à des matières fécales excessivement dures, dont le poids peut être évalué à 400 grammes environ. Le poids total des matières qui n'ont pu se faire jour au dehors doit être d'environ 1,000 à 1,200 gr. Au sommet de l'ampoule rectale, l'intestin s'est rompu. Des matières fécales délayées, semblables au liquide brunâtre dont nous avons constaté la présence dans l'hypochondre droit, se trouvent en arrière de la vessie, mêlées à des noyaux et à des matières fécales durcies qui se sont échappées de l'intestin à la suite de la rupture.

La cause de la mort du sieur Auroyer est dès lors évidente. Elle doit être attribuée à une rupture intestinale survenue à la suite de l'occlusion prolongée de l'S iliaque et du rectum dilatés outre-mesure et enflammés depuis longtemps.

En foi de quoi, etc.

On remarquera dans la relation de ce fait qu'il n'y avait presque pas de noyaux dans toute la longueur de l'intestin, qu'il n'y en avait pas dans le cœcum non plus que dans l'appendice vermiculaire, tandis que l'ampoule rectale en était littéralement bourrée.

Obs. III. — *Coliques atroces par la cure de cerises. — 701 noyaux dans le rectum.*

Le 15 juillet 1885, je voyais entrer dans mon cabinet de consultation un forgeron occupé aux ateliers de fers des mines de Commentry, âgé de 39 ans, et dont le faciès pâle, amaigri, me frappa au premier abord. H. M... se plaignait de coliques atroces. Il avait des efforts continuels, mais infructueux, pour aller à la garde-robe. Sa langue était saburrale et sèche, sa figure grippée; il avait des nausées. Le pouls était à 112-116. Le ventre était douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque gauche. A force de questions, je finis par apprendre de mon client que le dimanche 12 juillet, éprouvant le besoin de se purger, car il avait la bouche mauvaise et la langue chargée, il avait voulu profiter des trois journées de chômage qui commençaient par le dimanche 12 et finissaient par la fête du 14 Juillet pour faire sa cure annuelle de cerises, mais d'une manière plus complète que les années précédentes. Il s'était donc rendu dans un village voisin, chez des parents, et avait procédé, en montant sur un cerisier, à l'ingestion rapide de nombreuses cerises dont il ne prenait pas le temps de rejeter les noyaux. Le lendemain 13, il eut de la diarrhée et il aperçut des noyaux dans les selles. Le soir, il sentit les premières épreintes et quelques noyaux secs sortirent. Le 14, il avait eu des efforts continuels, mais à peu près infructueux. Il ne dormit pas la nuit suivante, étant en proie à des coliques violentes et obligé de se lever à tout instant pour se mettre sur le vase. Mais rien ne sortait. Les souffrances devenaient intolérables. Il sentait un poids de cent kilos, disait-il, lui peser à l'anus et ce poids se refusait à sortir.

Je le fis déshabiller : la muqueuse anale était enflammée et laissait suinter un liquide d'un jaune pâle à odeur fade repoussante. J'essayai d'introduire mon index, je rencontrai de petits corps durs donnant la sensation d'un sac de noix sèches, mais le patient criait à tue-tête. Je dus le faire sortir dans la cour qui avoisine mon cabinet de consultation, et je me décidai à introduire un spéculum *ani*. Ce fut en arrachant des cris atroces à H. M... que je pus faire entrer mon spéculum. Mais, une fois introduit, je ne pus l'ouvrir, tant était grande la résistance de mon client. Je retire donc l'instrument de supplice et lui substitue un simple *spéculum nasi* de Duplay. Celui-là je l'ouvre quand même et quelques noyaux se décident à sortir. Je prends une seringue à hydrocèle chargée d'eau et par des injections répétées j'amène une avalanche de noyaux (y compris quelques cerises intactes). Ces noyaux sortaient humectés d'un liquide fétide jaunâtre, d'une odeur spéciale, la même que celle que j'avais sentie en examinant l'anus et qui me rappelait aussi l'odeur exhalée par les noyaux sortant du rectum de la fillette de 1881.

J'avais une salle d'attente remplie de malades et je maugréais en voyant le temps que j'allais passer à faire sortir tous les noyaux qui semblaient garnir le rectum; je pris le parti de mettre un peu d'intervalle entre chaque introduction de spéculum et je me mis à donner des consultations entre les séries d'injections. Je laissai donc M... dans la cour en lui disant de s'occuper à compter, en les ramassant dans une cuvette, les noyaux sortis. Dix minutes après, je venais retrouver mon patient. Il avait ramassé deux cent quatre-vingt-quinze noyaux. La deuxième série d'injections en amena quatre-vingt-douze. La troisième série d'injections, pratiquée après dix nouvelles minutes de repos, en fit sortir seulement trente et un. Je donnai deux lavements d'eau à un quart d'heure d'intervalle et cinq minutes après le second, c'est-à-dire vingt minutes après la troisième série d'injections, j'en pratiquai une quatrième qui fit sortir vingt-neuf autres noyaux. Cinquième série d'injections dix minutes après la quatrième, il vient quarante-neuf noyaux. Je donne un lavement de 250 grammes d'eau froide, à garder dix minutes, au bout desquelles je donne un autre lavement. Je réintroduis le *spéculum ani* et presque sans de nouvelles injections il sort, mêlés à des détritus de matières fécales et à l'eau des lavements, qui a pris la teinte bilieuse, quatre-vingt-dix autres noyaux. Quatre autres lavements à garder un peu. Quelques instants après, selle spontanée très liquide au milieu de laquelle se trouvent vingt-neuf autres noyaux. Cinq minutes après la garde-robe, nouvelle introduction de spéculum, nouveaux lavages, soixante-neuf noyaux. H. M... essaye d'aller du ventre, rien ne vient plus. Je fais alors ma prescription. Elle consiste en un bain de siège d'une demi-heure dans de l'eau de guimauve tiède, puis on se mettra au lit et l'on prendra un lavement de décoction de graines de lin toutes les deux heures. On tiendra des cataplasmes de farine de lin sur le ventre et l'on prendra un potion ainsi formulée :

R.	Diascordium........	6 grammes
	Sirop d'éther......	30 —
	Julep gommeux.....	125 —

A prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure.

Après sa rentrée chez lui (une heure après), H. M... eut une autre selle avec vingt et un noyaux; puis plus rien.

Le 16, mon malade se trouve bien. Je lui ordonne de prendre 30 grammes d'huile de ricin le lendemain 17.

Aucun nouveau noyau ne fut expulsé. H. M... était guéri dès la fin de la semaine, quoique très affaibli. Il avait rendu sept cent un noyaux que je lui fis mettre dans un petit sac représentant le volume de deux poings.

Je dois ajouter que jamais je n'avais eu l'occasion de voir une confusion pareille à celle de cet homme, qui est loin d'être dépourvu d'intelligence, lorsqu'il a vu devant ses yeux ce témoignage éloquent d'une gloutonnerie dont il essayait à peine de s'excuser, sans chercher à la justifier.

C'était le mercredi 15 juillet que j'avais vu arriver chez moi le sujet de l'observation précédente Six jours après, le 21 juillet, j'étais appelé en toute hâte auprès d'un homme que l'on me disait être à toute extrémité.

OBS. IV. — *591 noyaux extraits du rectum d'un homme qui présentait des signes de péritonite.*

N. S..., âgé de 41 ans, manœuvre à Commentry, marié, père de cinq enfants, était alité, couché sur une toile cirée; de son anus s'échappait sans discontinuité un liquide à odeur fétide, repoussante, d'un brun foncé. Cet homme gardait incessamment le besoin d'aller du ventre, et l'écoulement permanent qui s'effectuait par l'orifice anal ne le soulageait en aucune façon. Facies abdominal, corps émacié, pouls à 120, faiblesse extrême, température axillaire à 39°,3 (à trois heures et demie du soir).

Cet homme, dès le 16, était allé se plaindre de coliques à son médecin qui lui avait prescrit une dose d'huile de ricin à prendre le lendemain 17. L'effet purgatif ayant été nul et les coliques persistant, N. S... envoya chercher le médecin qui, après examiné soigneusement son malade et en avoir obtenu l'aveu d'une *ripaille* de cerises perpétrée dans les journées du 14 et du 15 juillet, prescrivit trois pilules drastiques à prendre le soir du 19, le 20 et le 21. De plus, N. S... se plaignant de ne pouvoir uriner, son docteur fut obligé de recourir au cathétérisme. Les drastiques ne produisirent pas plus d'effet que l'huile de ricin. Les lavements ne pénétraient pas dans le rectum. Un grand bain n'avait pas mieux réussi à calmer les douleurs du mangeur de cerises. C'est en ce moment que je fus appelé à la place de mon confrère absent depuis l'avant-veille, et que je trouvai le malade dans l'état le plus déplorable. Les symptômes allaient s'aggravant avec rapidité depuis le matin. Il y avait des nausées en plus des envies persistantes, mais infructueuses, de vider l'intestin. La peau était froide, la face perlait d'une sueur visqueuse, l'odeur de la chambre était insupportable. Mais je n'eus pas de peine à reconnaître, en m'approchant du lit, l'odeur particulière que j'avais subie quelques jours avant en soignant le sujet de mon observation précédente Le ventre était élargi, dur, sans être trop ballonné, un peu douloureux à la pression. Mon diagnostic était fait, l'interrogatoire le confirma; mais surtout le traitement. Mon index recourbé n'ayant pu amener que deux ou trois noyaux avec la plus grande peine, et non sans provoquer des cris déchirants, j'allai chercher mon petit spéculum et ma seringue à hydrocèle. A mon retour, je faisais lever mon malade, je l'installais devant une chaise sur laquelle il appuyait ses bras, et je procédai à l'examen direct. La muqueuse anale était légèrement ulcérée par places, la marge de l'anus indurée et fortement rougie. Le patient pouvait à peine se soutenir. Les premières injections firent sortir 376 noyaux que la femme de N. S... compta et recueillit très soigneusement. Quelques instants de repos étaient nécessaires au malade; je revins quatre heures après et je fis sortir 215 autres noyaux. Il y en avait en tout 591, qui, se trouvant d'un bien plus gros calibre que les noyaux extraits du rectum de mon précédent sujet formaient un volume plus considérable. Les symptômes généraux s'amendèrent rapidement, et, une dizaine de jours après, j'apprenais que N. S... avait repris son travail.

Un détail m'avait plus spécialement frappé chez ce malade, c'était la fétidité du liquide excrémentiel. Cette fétidité était plus grande encore que chez les deux autres sujets que j'avais soignés antérieurement.

Dans les deux derniers faits que j'ai observés, il n'y a en presque plus de noyaux de cerises évacués après les dernières injections rectales d'eau froide. La purgation d'huile de ricin n'en a amené aucun dans le premier cas et n'en a fait sortir que deux dans la seconde observation.

Après que j'eus communiqué ces observations, le 5 août 1885, à la Société des sciences de Gannat, M. Trapenard me signala un fait de ce genre recueilli trente-sept ans avant par le docteur Charles Laronde (de Saint-Pourçain) et publié dans le deuxième « Compte rendu annuel des séances de la Société. » Ce fait se rapproche si bien de ceux que j'ai rencontrés que je vais le reproduire à côté des miens.

OBS. V. — *Colique occasionnée par l'accumulation dans le rectum de nombreux noyaux de cerises*, par le docteur Charles Laronde.

Il y a, vous le savez, colique et colique : colique venteuse, colique rhumatismale, colique par indigestion, constipation, calculs biliaires, étranglement interne, etc., etc., en tout, vingt-deux espèces, selon Sauvages. Or, le praticien est passablement embarrassé quand il veut, au chevet du patient, remonter à la cause de ses souffrances.

Cet embarras, le docteur Charles Laronde l'a éprouvé auprès d'un malade de la campagne en proie, depuis quatre jours, à des coliques, légères le premier jour, violentes dès le second, atroces enfin le quatrième. La figure était pâle, altérée, le pouls petit, fréquent, le ventre tendu, météorisé. Il n'y avait eu ni indigestion ni écart de régime.

Toutefois, dès l'invasion, les selles étaient supprimées, et les coliques, plus fortes à gauche, présentaient en outre plus d'acuité à l'hypogastre qu'ailleurs. On crut donc devoir insister, et l'on fit, en conséquence, détailler par le malade, article par article, tout ce qu'il avait ingurgité la veille et le jour de l'apparition des coliques. De la sorte, on parvint à savoir que le matin même du jour en question, cet homme était monté sur un cerisier où, une heure durant, il avait négligé la sage préaution de rejeter les noyaux des fruits dont il avait fait d'ailleurs une ample consommation. Or, pas de selles depuis, donc présence de noyaux quelque part : ceci mit le docteur sur la voie.

Le malade étant couché sur le ventre, en travers du lit, jambes et cuisses écartées, il procéda immédiatement au toucher rectal. L'ouverture anale était à peine franchie, que le doigt investigateur tomba sur une masse de noyaux des plus compactes, et se trouva brusquement arrêté aux extrêmes limites de cette singulière tumeur. Pressés de toutes parts par le rectum qu'ils distendaient outre mesure, ces noyaux étaient, en outre, liés ensemble par une espèce de ciment composé de matières fécales durcies, de débris de pulpe et de sang caillé.

Le docteur Charles Laronde attaqua par sa base cette masse hétérogène et, avec le doigt de plus en plus recourbé, il parvint à faire jaillir au dehors une énorme quantité de noyaux; mais l'opération fut longue; car, à mesure qu'il s'effectuait, le vide s'emplissait par l'affaissement de la pyramide de noyaux, dont on ne put atteindre le sommet qu'après dix minutes d'un travail soutenu. On eut dit un mannequin rembourré de cerises, sans la souffrance si énergiquement exprimée par le patient, qui ne l'était guère. Néanmoins, l'extraction allait grand train; mais bientôt, le malade se tordant comme un damné sous le doigt libérateur, le médecin crut devoir, vers le milieu de sa tâche, recourir à des lavements, qu'il lui fallût, pour cause majeure, administrer lui-même.

Cette tentative, infructueuse pour le malade, fut pour le médecin, déjà si mal partagé, excessivement malencontreuse. Force fut donc d'extraire, à la pointe du doigt et jusqu'au dernier, ces innombrables noyaux. Le sol, à une notable distance du lit, en était littéralement pavé. L'auteur était loin, en vérité, de soupçonner au rectum humain, une telle capacité pour les noyaux de cerises.

Cette observation, sérieuse au fond, prouverait, s'il en était

besoin, que le doigt du médecin ne doit avoir, comme on l'a dit, ni pudeur, ni répugnance; et qu'enfin toutes les fois qu'il est possible, le toucher est de rigueur dans le diagnostic des maladies.

Quant aux suites, elles furent des plus heureuses, car deux jours après, notre homme guéri, mais encore un peu confus, jurait qu'aux prochaines cerises on ne l'y reprendrait plus.

Dans cette même Société de Gannat, au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire deux mois après ma communication, M. le docteur G. de Lamallerée présentait également une observation analogue, que je suis heureux de pouvoir publier, ainsi qu'une communication verbale faite par M. le docteur Peyrot, de Néris, à la suite de la lecture de M. de Lamallerée.

Obs. VI — *Communiquée à la Société des sciences médicales de Gannat (40e année)*, par le docteur G. de Lamallerée.

En juillet 1882, je fus appelé, un soir, pour aller, dans la commune de T..., chez une femme B..., âgée de 43 ans. Cette femme n'avait aucun antécédent pathologique, était d'une très bonne constitution et régulièrement réglée. Depuis sept jours, elle n'avait pas eu de selles, depuis trois jours les gaz ne sortaient plus; elle avait pris quatre purgations consécutives (huile de ricin, 90 gr. en deux fois, une bouteille d'eau de Sedlitz et deux pilules d'aloès), et quatre ou cinq lavements chaque jour; tout cela en pure perte; les lavements ne pouvaient être retenus et ressortaient sans rien amener. Depuis trois jours, la malade avait complètement perdu l'appétit, des vomissements stercoraux se produisaient trois à quatre fois par jour. Le ventre était météorisé; à la percussion, le son est uniformément tympanique, la paroi abdominale est résistante et dure; le côlon transverse, surdistendu par les gaz, se dessine nettement sous la peau; il est le siége de borborygmes très fréquents. De plus, la malade a un hoquet opiniâtre et une dyspnée des plus accentuées; le ventre tout entier est douloureux, sans que l'on trouve des points où la douleur soit plus prononcée; même à la pression, la douleur est sourde et les souffrances sont exacerbantes.

L'état général est des plus inquiétant : la respiration est fréquente et affaiblie, la voix éteinte; la malade est en proie à une polydipsie que rien ne peut calmer; chaque fois qu'elle boit, il s'en suit un vomissement: elle est très émaciée, les traits sont tirés, les yeux sont cernés; la peau refroidie est couverte d'une sueur visqueuse, nauséabonde; la température est de 35°6, le pouls bat 125 à 130. Ténesme rectal des plus violents. A chaque instant la malade fait des efforts expulsifs dont l'insuccès ne fait qu'accroître sa surexcitation nerveuse. Mme B... ne porte aucune trace de hernie, la constipation est survenue brusquement; la santé antérieure était, je l'ai déjà dit, irréprochable.

J'avais donc, vu les divers symptômes décrits plus haut, bien affaire à une occlusion intestinale. Mais, quelle était sa nature? Quel était son siége? L'état douloureux et le météorisme du ventre m'interdisaient, ou tout au moins me rendaient bien difficiles les recherches de ce côté; il ne me restait plus, pour m'éclairer, que le toucher rectal, investigation que Mme B... ne me laissa pratiquer qu'après bien des refus. A deux centimètres environ au-dessus de l'orifice anal, mon indicateur vient buter contre un obstacle infranchissable et d'une dureté incroyable. C'était comme une muraille formée par un grand nombre de grains très durs, arrondis. Après quelques instants d'essais infructueux, je parvins à en déglutiner un, que j'entraînai au dehors; je reconnus un noyau de cerise. J'avais en main mon diagnostic, que ma malade infirmait néanmoins par les dénégations les plus énergiques, prétendant n'avoir mangé que six cerises.

Enfin, je me mis à l'œuvre, commençant par de vastes irrigations rectales, qui furent notoirement infructueuses; après avoir injecté plus de vingt litres d'eau, je renonçai à ce moyen pour m'adresser au nettoyage chirurgical du rectum. A cet effet, je pris d'abord la petite curette de nos trousses, mais je renonçais bientôt à cet instrument, qui ne me ramenait que trois ou quatre noyaux à la fois, pour m'armer d'une cuillère à café à longue tige (cuillère à mazagran), qui me permettait d'extraire quinze à dix-huit noyaux à la fois. De cette façon, je retirai, après un temps beaucoup trop long au gré de l'opérée et de l'opérateur, une assiette à soupe presque comble de noyaux. Alors les gaz purent être expulsés par la malade. Je fis de nouvelles irrigations du rectum qui, cette fois, amenèrent une trentaine de noyaux et des matières. Jugeant le nettoyage suffisant, je conseillai des lavements émollients et une plus grande sobriété de cerises à cette malade qui, en dépit de la preuve tangible que je lui montrais, persistait à dire qu'elle n'avait pas mangé plus de six cerises.

Toujours est-il qu'elle en fut quitte pour une inflammation du rectum qui dura une dizaine de jours. Le lendemain, je la revis dans la soirée; elle était allée du ventre, tous les symptômes étaient disparus; elle était dans un état normal. Il n'y a pas eu de rétrécissement consécutif.

Obs. VII. — *Communiquée à la Société de Gannat*, le 5 octobre 1885, par le docteur I. Peyrot.

Il s'agit d'une vieille femme de 73 ans, auprès de laquelle je fus appelé au mois de juillet dernier (1885). Elle présentait une obstruction intestinale, et le toucher anal me fit constater la présence, dans l'ampoule rectale, d'un amas de noyaux de cerises fortement agglomérés. Je me suis servi exclusivement du doigt indicateur pour dégager ma malade; ni les lavements, ni les douches ascendantes n'avaient pu arriver à désagréger ce bouchon d'un nouveau genre. Il me fallut deux heures d'un travail soutenu pour débarrasser complètement la patiente. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, car, il y a deux ans, dans un autre cas, chez une fillette de 10 à 11 ans, les noyaux accumulés dans le rectum purent être expulsés plus facilement, après que les premiers eurent été retirés à l'aide de mon index recourbé; ils sortirent lentement, mais complètement. A peine eût-on besoin de recourir aux lavements simples. C'est que, chez cette enfant, les contractions intestinales étaient plus énergiques et moins émoussées que chez la femme de 73 ans.

Conclusions.

Des sept observations que je viens de rapporter, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes;

1° Les noyaux de cerises s'accumulent plus volontiers dans le rectum que dans toute autre partie de l'intestin.

2° Ils produisent des symptômes spéciaux et qui ne se retrouvent dans aucune autre forme d'obstruction intestinale. Il y a des efforts incessants, des épreintes, un affreux ténesme rectal, une impossibilité absolue d'aller à la garde-robe; et, chose curieuse, il existe en même temps des symptômes d'incontinence des matières fécales. Car on constate un suintement d'un liquide jaunâtre, fétide, d'une odeur fade spéciale, et que je reconnaîtrai désormais, tant elle a un caractère spécifique. L'anus a beau être entr'ouvert, rien ne sort. Un ou deux noyaux peuvent tomber sous l'influence de la pesanteur, mais c'est tout. Les contractions intestinales et abdominales semblent s'émousser et rester impuissantes contre une division de force représentée par 300, 500, 800 petits corps étrangers.

3° Les purgatifs, même répétés, n'aboutissent qu'à augmenter les symptômes d'irritation intestinale en entretenant et en augmentant les suintements, sans arriver à provoquer l'évacuation des noyaux. Les bains de siége, même prolongés,

ne font qu'atténuer momentanément les souffrances du patient. La station, assise ou couchée, est intolérable.

4° La guérison est on ne peut plus rapide par le lavage à grande eau du rectum, opéré à l'aide de l'introduction d'un petit spéculum, d'un epéculum ani, et encore mieux d'un spéculum plus petit encore et sur le modèle du spéculum nasi de Duplay, que l'on maintient ouvert et à travers lequel on lance un jet d'eau vigoureux au moyen d'une seringue à hydrocèle ou d'un irrigateur. Ce système, auquel j'ai eu recours dans trois cas, a le double avantage d'être le moins douloureux pour le malade et le plus facile et le moins répugnant pour le médecin. Je recommande donc le lavage du rectum, l'anus étant maintenu ouvert par un spéculum, de préférence au procédé du doigt recourbé et de la curette.

5° La terminaison n'est pas toujours aussi heureuse, et la mort par rupture de l'intestin peut être la conséquence du séjour prolongé des corps étrangers dans le rectum, ainsi qu'on l'a vu par ma deuxième observation.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

A PROPOS D'UNE OBSERVATION DE RUPTURE DU FOIE ET DE LA VESSIE, par M. MAUBRAC, aide-major.

Suite et fin. — Voir les numéros 38 et 39

D'une manière générale, le traumatisme n'a éveillé qu'une réaction excessivement minime dans le tissu de la glande. C'est ainsi que, sur les coupes et dans les points toujours limités au voisinage de la déchirure, on trouve à peine quelques indices d'hépatite. D'autre part, il semble que le foie a été écrasé, surtout en sa partie centrale ; la capsule de Glisson a seule été rompue, tandis que le tissu hépatique sous-jacent était contus ; aux extrémités des traits de rupture, la capsule a également cédé, mais l'agent de compression n'agissait plus aussi directement sur cette partie du foie qui a éclaté véritablement. Enfin, la réaction paraît avoir été plus considérable dans la portion contuse que dans la portion éclatée ; l'hépatite y est plus intense.

Il est donc inexact de dire « que les plaies du foie se cicatrisent avec une étonnante facilité ; que le travail de cicatrisation se fait aux dépens des cellules embryonnaires qui viennent combler la solution de continuité et se transforment en tissu fibreux ». Bien au contraire, la cicatrisation est lente, les cellules interposées ne jouent qu'un rôle très accessoire ; elles comblent la plaie, l'obturent, mais se mortifient, et loin de se transformer en tissu fibreux, sont résorbés par le tissu néoformé qui prend origine unique dans les lèvres de la déchirure.

De cet examen, nous concluerons : chez l'homme, le foie, dans le cas de traumatisme, paraît réagir avec moins d'énergie, et surtout de rapidité que chez les animaux ; le processus d'évolution de la plaie, dans les phénomènes du début, est à peu près le même chez l'homme que chez l'animal.

Nous ne croyons pas qu'il exista d'autres examens microscopiques de lésions traumatiques du foie chez l'homme en vue d'étudier le processus de cicatrisation des plaies ou déchirures de l'organe. Il serait intéressant d'en reconstituer l'évolution à l'aide d'observations recueillies chez l'homme et de la comparer aux résultats obtenus chez les animaux.

La déchirure de la vessie dans son mode de production, sa symptomatologie, son évolution, mérite quelque attention.

Le malade a dit — et a affirmé à maintes reprises — qu'il avait uriné quelques instants avant l'accident. — Or, d'une part, nous avons une rupture intra-péritonéale de 0 m. 06, complète, transversale et convexe en avant, et une autre de 0 m. 03, perpendiculaire à la précédente, n'intéressant que le péritoine et les fibres musculaires superficielles ; d'autre part, le bassin, bien qu'il ait eu à supporter un poids énorme, n'a pas été fracturé, et les symphyses pubienne et sacro-iliaque n'ont pas été disjointes.

L'angle sacro-vertébral paraît bien être l'agent de la déchirure, mais comment ?

On ne peut admettre ici que l'angle ait « favorisé la rupture en donnant point d'appui au corps contondant, que la vessie comprimée alors entre cet agent et le promontoire ait diminué de capacité et soit rupturée de dedans au dehors, par le liquide tendant à s'échapper au dehors ». La rupture incomplète, — séreuse et muscles superficiels étant seuls déchirés, la muqueuse et les muscles profonds restant intacts — n'est certainement pas le résultat d'une pression de dedans en dehors, par l'urine que la vessie pouvait contenir ; ce serait bien en contradiction avec les expériences de Houel, qui, distendant des vessies jusqu'à la rupture, constatait que la séreuse cédait en dernier lieu, après la déchirure des tuniques muqueuse et musculaire. De plus, c'est d'expérimentation vulgaire, la rupture siège alors en un point autre que celui sur lequel s'est exercée la pression de dehors en dedans.

Doit on supposer que le promontoire, s'avançant à la manière d'un coin dans la paroi postérieure de la vessie, y ait déterminé une rupture ? La petite quantité de liquide contenu dans l'organe, sain d'ailleurs, nous fait un peu hésiter à admettre ce dernier mécanisme.

La faible distension de la vessie lui a-t-elle permis juste de venir se mettre en contact avec l'angle vertébral sur lequel elle a été suprise par le traumatisme très puissant, qui a, sur cet angle résistant, déchiré la vessie, par compression, écrasement direct, — rupture analogue à celle observée sur l'intestin pincé entre la colonne vertébrale et un agent traumatique, sabot de cheval ou roue de voiture ?

L'ecchymose, étendue à toute la face péritonéale de la vessie et du rectum, l'infiltration du sang dans leurs tuniques, indiquent bien que ces organes ont eu à supporter un effort direct. Cette déchirure incomplète, possible si l'on admet le promontoire agissant comme un coin, se comprend mieux encore par l'écrasement sur ce plan résistant.

A côté de la miction impossible, de l'urine sanglante, du ténesme vésical et anal — (symptômes habituels, presque pathognomoniques d'une lésion de la vessie et en particulier de la rupture avec épanchement dans le péritoine) — ont existé quelques signes anormaux.

Le premier cathétérisme, une heure après l'accident, donne 150 grammes d'urine sanglante qui s'écoule en bavant, en jet si le malade fait effort. Le lendemain, le cathétérisme donne un jet d'urine qui, nous le répétons, sort avec force et à une distance de 8 à 10 centimètres de la sonde. Ce jet n'exista, il est vrai, qu'au début, et la majeure partie du liquide s'écoula ensuite en bavant. Le soir, on retirait 600 grammes d'urine brune sans pus ni mauvaise odeur ; en même temps, l'état général du malade s'améliorait. Jusqu'au sixième jour, l'urine fut émise en quantité sensiblement normale, avec quelques

globules rouges, mais pae antrement altérée, s'écoulant en bavant le plus ordinairement, en jet lorsque la quantité dépassait 400 grammes ; le sixième jour, l'urine devint ammoniacale, et resta ainsi jnsqu'à la mort.

L'autopsie a expliqué ces faite. La péritonite adhéeive qni a formé un nonveau réservoir urinaire a dû se déclarer immédiatement après l'accident. Le traumatisme semhle avoir luimême prodnit la barrière qui a empêché l'urine de diffuser dans toute la cavité péritonéale. Par l'attrition des anses intestinalee contenues dans le petit basein, il a déterminé et circonscrit aux organes qu'il contusionnait, une inflammation rapide capable d'isoler la cavité pelvienne de la cavité abdominale, et loreque, par la diseection, nous avons pénétré dans cette poche urinaire, le liquide que nous y avons trouvé était sous tension, et aurait donné un écoulement en jet si on eût pratiqué le cathétérisme.

L'odeur spermatique dee urines est eans doute l'effet de la contusion des véeiculee séminales que nous avons trouvées à l'autopsie ecchymotiques et pleines de liquide sécrété.

Les lésions intestinales et vésicales ont évolué indépendamment. La rupture véeicale à laquelle sont dues plns particulièrement les phénomènee dn débnt, — stnpeur, refroidissement, etc., — s'est plns tard isolée et a agi sur un territoire limité ; la contusion inteetinale causait de son côté de la péritonite exsudative, surtout intense au niveau des anees atteintes. Et tandis que le contenu de la grande cavité péritonéale était un exsndat fibrineux sec, adhésif, celni de la poche urineuse devenait francbement purulent les deux derniers jours. C'est assurément l'ensemble dee blessures qui a entraîné la mort avec lee signes déjà décrits ; maie il nous paraît difficile de dire quel est — de l'intestin contus avec péritonite ou de la veseie décbirée baignant dans le pus — le facteur dominant du dénouement final : nous avons vouln seulement insister sur cette évolntion presque indépendante et cette limitation dee lésions de l'intestin et de la vessie.

Ces faits sont d'ailleure rares, et, bien que quelquefoie on ait conetaté la formation de barrière eemblable s'opposant à l'épanchement d'urine dans toute la cavité péritonéale, et permettant une survie de quelques jours, ils n'en restent pas moins exceptionnels.

Ainsi Dupuytren (1) cite nne déchirure de la vessie qui était accolée à la paroi abdominale et aux intestins, formant une pocbe organique qui retenait l'urine et en prévenait l'épancbement. Mort au eeptième jour.—Hamilton (2) rapporte un cas où les intestins accolés formaient une cavité circonscrivant l'épancbement urinaire : mort au troisième jour.—Ces deux cas, qui ne sont pas isolés, se rapprocbent très nettement de celui que nons avone observé.

Disons enfin que cette ébauche de guérison n'a été que bien rarement — si jamaie elle l'a été — euffisante.

Throp (3), cbez un eujet qui venait de faire nne chute de cheval, porta le diagnostic de rupture intra-péritonéale et guérit son malade par des lavages répétés de la cavité nouvelle. Le diagnostic n'a pas paru justifié, et Bartels, qui rapporte ce cas unique de guérison dans sa « Monographie sur les traumatiemes de la vessie », conteste le diagnostic, considère la rupture comme étant évidemment extra-péritonéale et peutêtre sous-péritonéale.

(1) Arch. gén. de méd., juin 1834.
(2) *Prnciples of surgery*, 1872.
(3) Dublin Quarterly journal, nov. 1868, p. 306.

Bartels relate 29 observations de ruptures vésicales produites par le passage d'une roue de voiture sur l'abdomen (sur les lombes dans un cas).

Cee observations, qn'on peut très hien comparer entre elles en raison de l'unité de cause, penvent ainei ee répartir :

14 Ruptures intra péritonéales	7 sans fracture du bassin 7 avec fracture dn basein	14 morts
15 Ruptures extra péritonéales	2 sans fracture ni luxation..	2 guérisone.
	2 lnx. de la symph. pnb. 1 lux. pnb. et sacro-iliaque	3 morts.
	10 fracturee......	4 guéris. et 6 morts.

Sont rapportée deux cas de guérieon avec rupture extra-péritonéale sans fracture ni luxation. Un cas, dû à Macdongall (obs. 134 de M. Bartele), est pen précis. Bartels admet qu'il a pu y avoir rnptnre extra-péritonéale.

Rivington (Lancet, 4 octobre 1882) ne peut admettre le diagnostic de Macdougall, et malgré la défense de ce dernier (Lancet, 17 fév. 1883), persiste à nier la rupture véeicale (Lancet, 17 mars 1883).

Reste le cas de Berner (obe. 107), que Bartels rapporte très brièvement : en admettant que le diagnoetic fût exact, il n'en persisterait pas moins que dans les traumatismes de la vessie — par roue de voiture passant sur l'abdomen — les rupturee extra-péritonéales sane fracture du bassin eont trée rares, si même elles existent.

Donc, — lorsqu'on aura diagnostipné d'une manière à pen près eûre une rupture de la vessie (ténesme, miction impossihle, urine sanglante, bavant), — on ponrra essayer de pousser plus loin la précision du diagnostic en tenant compte de l'état du bassin. Si le malade se laissait examiner eane trop de douleur, l'abeence de signee de luxation pubienne ou sacro-iliaque, de fracture, — souvent, il eet vrai, ausei difficilee à constater que le siège même de la rupture vésicale, — pourrait faire porter le diagnostic de plaie intra-péritonéale. Le diagnoetic procéderait alors ainsi :

1o Rupture de la vessie ;

2o *a*. Ou bien signes de luxation on de fracture et alors ce eigne ne peut aider en rien à localiser la lésion ;

b. Ou bien *manifestement* le bassin est intact, et alors on pourra ajouter le siège intra-péritonéal au diagnostic de la rupture porté d'après d'autres symptômes, ce qui semble paradoxal au permier abord, conclure de l'intégrité du baeein que la lésion de la vessie est sûrement plue grave.

On ne saurait trop, en effet, s'entonrer de précautions pour porter un diagnostic dont la précision commande le traitement. Et la péritonite qu'on s'attend à voir apparaître immédiate, intense, après l'épanchement d'urine dans l'abdomen, est un signe inconetant, très infidèle et trompeur, surtout peut n'apparaître que tardivement, alors qu'il n'est plue temps d'intervenir.

Ferraton (Th. Paris, 1883) a réuni plnsieurs exemples dane lesquels on n'a point constaté de péritonite chez des eujets morts, deux, trois jours, et même davantage, après nn traumatisme dont le résultat premier était de permettre un épanchement d'urine dans le péritoine. S'il n'est point entièrement justifié d'écrire que « la péritonite peut, dane certains cae, compliquer la rupture et tuer le malade,... mais que c'est là l'exception, et que le plus sonvent on ne trouve pas trace d'inflammation dane le péritoine », on en doit au moine retenir qne la péritonite n'est pae constamment immédiate, avantage

immense pour l'intervention chirurgicale, et que les signes de la péritonite ne doivent pas être indispensables pour porter le diagnostic; s'ils existent, ils sont excellent auxiliaire, en même temps qu'ils assombrissent le pronostic, — et que de fois il sera difficile de savoir si les phénomènes de péritonite sont dus à la rupture de la vessie elle-même, à la blessure, à la contusion d'un autre organe, intestin par exemple — mais leur absence ne doit pas faire rejeter l'épanchement urinaire et nier sa présence dans la cavité péritonéale.

Dans notre observation, la péritonite généralisée paraît être plutôt sous l'influence de la contusion de l'intestin que de l'épanchement urinaire.

Ces faits indiquent que dans le cas de rupture intra-péritonéale la formation d'une nouvelle cavité vésicale aux dépens des organes voisins est possible, et expliquent ces cas de survie dans un traumatisme dont la mort rapide est la conséquence ordinaire. Ils nous montrent encore les modifications imprimées aux phénomènes habituels, surtout si d'autres organes ont été atteints par le traumatisme, ce qui est le cas le plus ordinaire ; et cependant c'est de leur interprétation parfaite que doit naître le diagnostic, je veux dire le traitement approprié et immédiat. Nous avons vu le peu d'espoir qu'on peut fonder sur une guérison spontanée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'étude de la tuberculose.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

IX. Bacilli tuberculosi dans les capsules surrénales dans un cas de maladie d'Addison, par M. Goldenblum (Ibidem, fasc. 2, p. 393). — X. Des névrites périphériques chez les tuberculeux, par A. Pitres et L. Vaillard (*Revue de médecine*, 1886, n° 3). — XI. Tuberculose miliaire circonscrite, étendue à un grand nombre de rameaux (perméables) de l'artère pulmonaire, par C. Weigert (*Virchow's Archiv*, t. CIV, fasc. 1, p. 31, 1886). — XII. Sur la tuberculose des organes génitaux chez la femme, par F. Spaeth (*Dissertation inaugurale*. Strasbourg, 1885. Analysée in: *Fortschritte der Medicin.*, 1886, n° 12, p. 411). — XIII. Tuberculose verruqueuse de la peau, par G. Riehl et R. Paltauf (*Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1886, n° 19). — XIV. Contribution a l'étude de la tuberculose cutanée, par V. Hanot (*Archives de physiologie*, 1886, n° 5, p. 24). — Travaux a consulter.

IX. Un homme de 24 ans avait succombé après avoir présenté les symptômes de la maladie d'Addison. A l'autopsie, on trouva, indépendamment de la coloration bronzée de la peau et des muqueuses, un amaigrissement généralisé, de l'emphysème vésiculaire dans les deux poumons, un état trouble du myocarde, de la tuméfaction des follicules solitaires de l'intestin, des ganglions avoisinant la veine-porte et de la rate, de l'hyperémie veineuse des viscères abdominaux, enfin et surtout une dégénérescence caséeuse des deux capsules surrénales. Des coupes préparées avec ces organes et colorées suivant le procédé d'Ehrlich laissaient voir sous le microscope des « bacilli tuberculosi », réunis par colonies disséminées.

A propos de ce fait, l'auteur rappelle que déjà P. Guttmann (Deutsche med. Wochenschrift, 1885, n° 29) avait constaté la présence des bacilles de Koch dans les capsules surrénales d'un sujet mort de la phthisie, et que Rauschenbach (Wratsch, 1885, n° 29) a fait plus récemment la même constatation. Reste à savoir si l'invasion des bacilles dans les glandes surrénales était antérieure à la caséification ou consécutive, et si, dans les cas de maladie d'Addison, elle est le point de départ des autres manifestations ou un simple épisode concomitant.

X. D'après les recherches de Pitres et Vaillard, il ne serait pas rare de rencontrer chez les tuberculeux des névrites périphériques comparables à celles qu'on observe dans les autres maladies infectieuses.

Le travail des auteurs est basé sur neuf observations qui démontrent que « chez les tuberculeux dont le cerveau, la moelle et les méninges sont absolument intacts, il peut se produire dans le système nerveux périphérique des lésions graves présentant tous les caractères de la névrite dite parenchymateuse. » Ces névrites peuvent atteindre indifféremment les nerfs sensitifs, les nerfs moteurs et les nerfs mixtes, les nerfs crâniens (nerfs optiques, nerfs moteurs oculaires), le pneumo-gastrique, le phrénique. Leur symptomatologie, très variable, est encore mal connue ; en comparant entre elles les observations publiées jusqu'à ce jour, MM. Pitres et Vaillard distinguent trois groupes :

Les cas de névrite restée latente du vivant du sujet.

Les cas où des atrophies musculaires localisées ou diffuses ont constitué le symptôme prédominant (névrites amyotrophiques).

Les cas dans lesquels les névrites ont provoqué pendant la vie des troubles sensitifs plus ou moins sérieux : hyperesthésies, anesthésies (névrites douloureuses ou anesthésiques).

Suivant les deux auteurs, la fréquence des névrites périphériques chez les tuberculeux, la variabilité de leur distribution et par suite de leur symptomatologie expliquent le développement et le polymorphisme clinique de la plupart des troubles nerveux qui surviennent dans le cours de la tuberculose.

XI. Weigert a fait l'autopsie d'une petite fille de 2 ans, qui était devenue tuberculeuse à la suite d'une rougeole et avait succombé au bout de cinq mois environ de maladie. Les lésions étaient celles de la tuberculose chronique généralisée, telle qu'elle a été définie par Weigert (Virchow's Archiv, t. LXXXVIII, p. 313) : Tuberculisation des ganglions bronchiques, mésentériques et de la veine-porte; adhérence des ganglions bronchiques tuberculisés avec les parties avoisinantes. Foyers de tuberculose miliaire circonscrite, disséminés dans les grosses branches de l'artère pulmonaire. Foyers de tuberculose dans les poumons, dans la rate, dans les reins, dans le foie, dans la glande thyroïde, dans le péricarde; ulcérations tuberculeuses dans les bronches et dans l'intestin.

Les foyers tuberculeux, chez cette enfant, étaient de grosseur variable, mais quelques-uns de très grandes dimensions, ce qui ne se voit point dans la tuberculose miliaire aiguë. Pour expliquer l'éclosion d'un si grand nombre de foyers dans les organes les plus variés, il faut admettre que dans les derniers temps de la vie de grandes quantités de virus tuberculeux ont été déversées dans le torrent circulatoire. Les poumons et l'intestin (par les crachats avalés), or-

ganes frappés en premier lieu chez la petite malade, ont servi de vestibule d'entrée au virus.

On possède des preuves, a fait remarquer Weigert, comme quoi le virus tuberculeux, après son absorption, est entraîné surtout par la voie des veines et par le canal thoracique (dans les cas de tuberculose miliaire aiguë généralisée). Cependant Koch (MITTHEILUNGEN DES KAISERL. GESUNDHEITSAMTES, t. II, p 26) a constaté que les vaisseaux artériels peuvent également servir de voie de propagation au virus tuberculeux. L'observation de Weigert est une preuve nouvelle de ce fait : sur leur face interne, un certain nombre de branches de l'artère pulmonaire étaient recouvertes de nodosités qui se continuaient par voie de contiguïté avec les ganglions bronchiques caséifiée avoisinants. Il s'y trouvait des bacilles spécifiques, qui étaient surtout nombreux dans l'intérieur et autour des cellules les plus externes des nodosités. Ces bacilles pouvaient être suivis jusqu'au voisinage immédiat de la lumière du vaisseau.

Il s'agissait en somme d'une tuberculose miliaire vraie, intéressant une grande étendue de la tunique interne d'un certain nombre de vaisseaux artériels. A ce propos, Weigert rappelle qu'il n'y a pas encore bien longtemps on contestait que la tunique interne pût être envahie par des tubercules, dans des canaux artériels restés perméables, non obstrués par de la matière tuberculeuse. C'est Orth et ses élèves, puis Marchand, qui, les premiers, ont publié des exemples probants de ce genre de localisation de la tuberculose. Seulement, dans les cas en question, la tuberculisation de la tunique interne s'était opérée de dedans en dehors ; elle était consécutive à la pénétration du virus tuberculeux dans le sang. L'observation de Weigert prouve que la tuberculisation peut suivre une marche inverse, malgré la résistance qu'oppose la surface externe des canaux artériels à la contamination.

XII. La thèse de M. SPAETH comprend un exposé détaillé des notions acquises sur la tuberculisation des organes génitaux chez la femme. L'auteur relate deux observations tirées de la clinique gynécologique du professeur Freund. La première est un exemple de tuberculose primitive très avancée des trompes et des ovaires, de la muqueuse utérine (tubercules disséminés sur la partie externe du col) avec tuberculisation consécutive d'autres organes (péritoine, plèvres, poumons). Dans l'idée qu'il s'agissait d'une tumeur maligne papillomateuse du péritoine, on avait pratiqué la laparotomie, puis extirpé les trompes et les ovaires. La malade a survécu à l'opération pendant trois mois.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une endométrite tuberculeuse très prononcée, avec vaste ulcération tuberculeuse sur la portion vaginale, salpingite et péritonite tuberculeuse, lésions en rapport avec la phtisie pulmonaire. Le diagnostic étant resté en suspens du vivant de la malade, on avait fait une incision exploratrice de la paroi abdominale, qui démontra l'inanité de toute intervention opératoire. Selon toute vraisemblance, la tuberculose, dans ce cas, avait eu pour porte d'entrée les organes génitaux.

Sur un ensemble de 119 cas de tuberculose des organes génitaux chez la femme, relevés par l'auteur dans sa thèse, 28=25,5 % sont des exemples irrécusables de tuberculisation primitive de l'appareil génital. Dans un seul de ces cas, la tuberculose n'intéressait pas l'utérus. La rareté relative de la contamination du vagin, dans les cas de tuberculose de l'utérus, peut trouver son explication dans la structure de l'épithélium pavimenteux de ce conduit, qui constitue un revêtement protecteur d'une grande efficacité.

Dix fois, c'est-à-dire dans 8,4 % des cas, les lésions tuberculeuses intéressaient l'utérus et avaient respecté les trompes. Dans trois de ces cas, la tuberculisation avait eu son point de départ dans l'utérus. L'invasion du col est extrêmement rare, ce qui est d'autant plus étonnant que le col est très souvent le dernier refuge de catarrhes de vieille date. L'auteur combat l'opinion suivant laquelle les lésions traumatiques du col prédisposent cet organe à la tuberculisation. Les trompes représentent la portion de l'appareil génital de la femme, qui est le plus souvent envahie par la tuberculose, 103 fois sur 119=86,5 % dans la statistique de l'auteur ; 29 fois la tuberculose était limitée aux trompes ; 66 fois elle intéressait les trompes et l'utérus ; 5 fois, ces mêmes organes, plus les ovaires. Ceux-ci étaient atteints en tout 15 fois : dans 4 cas seuls, dans 3 cas en même temps que les trompes, dans 5 cas avec les trompes et l'utérus, dans 3 cas avec l'utérus. Suivant l'auteur, il n'existe pas un seul exemple avéré de tuberculose des organes génitaux externes chez la femme.

L'auteur s'occupe ensuite du diagnostic et de l'étiologie. A propos de l'étiologie de la tuberculose primitive des organes génitaux chez la femme, il admet la possibilité de l'infection directe pendant le coït. D'habitude, l'infection se propage par la voie des vaisseaux sanguins ou par l'intermédiaire du péritoine. C'est pendant la période de leur plus grande activité fonctionnelle que les organes génitaux sont le plus souvent envahis par les lésions tuberculeuses. Seul le traitement opératoire peut donner des chances de succès, et pour cela il faut que le diagnostic de la nature de la lésion soit fait à une époque aussi rapprochée que possible du début.

XIII. G. RIEHL et R. PALTAUF ont observé à la polyclinique de M. Kaposi une dermatose qui a pour siége de prédilection la face dorsale des mains et des doigts, et qui se caractérise par des plaques rondes ou serpigineuses dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'un thaler. Ces taches sont entourées d'une auréole érythémateuse, qui représente le stade le plus récent du processus. Immédiatement en dedans existe une zone d'infiltration brunâtre ou d'un rouge livide, souvent tapissée de petites pustules superficielles, de restes de croûtes ou de squames. Au centre, la surface de ces plaques fait saillie et se recouvre de petites éminences papillomateuses tapissées de croûtes, de lamelles épidermiques cornées. Entre ces papillômes, on découvre des rhagades et de petites pustules ; une pression latérale fait sourdre des gouttelettes de pus d'un grand nombre de points. Lorsque les plaques entrent en voie de résolution, leur partie centrale s'aplatit, se dépouille de ses excroissances et se réduit à une cicatrice superficielle comme percée à jour. L'affection a toujours suivi une marche chronique, traversée dans quelques cas exceptionnels par des complications inflammatoires aiguës ; durée de deux à quinze ans. Les malades (4 femmes, 10 hommes) étaient pour la plupart des gens robustes, d'un âge moyen (19 à 45 ans), que leurs occupations professionnelles mettaient en contact avec des animaux domestiques ou avec des produits d'origine animale. Les résultats de l'examen histologique des plaques sont décrits en grands détails ; nous ne retiendrons que ce seul fait, la présence des « bacilli tuberculosi », et la grande analogie des altérations avec celles du

tubercule anatomique. Le grattage ou l'application du galvanocautère ont toujours amené la guérison.

XIV. Après avoir tracé en quelques lignes l'historique de la question de l'inoculabilité de la tuberculose par la peau, M. HANOT relate un certain nombre d'observations (Verneuil, Verchère, Mercklen, Tscherning, Karg, Holst) publiées dans ces derniers temps comme des preuves de la possibilité, chez l'homme, de l'inoculation de la tuberculose par la peau. A cette série de faits, il a ajouté une observation personnelle, dont la partie clinique avait déjà été communiquée à la Société médicale des hôpitaux, et qui est complétée par la relation des résultats d'un examen histologique qui fait défaut dans les autres observations du même genre. Nous rappellerons qu'il s'agissait d'un homme de 70 ans, entré dans le service de M. Hanot, à l'hôpital Tenon, avec les signes de la cachexie tuberculeuse : caverne considérable dans le sommet gauche ; bacilles caractéristiques dans les crachats. Ce malade était, en outre, porteur d'une ulcération cutanée, siégeant au bord cubital de l'avant-bras gauche, large de 1 centimètre 1|2, longue de 4 centimètres, à bords sinueux, déchiquetés par places, taillés à pic, estompés d'un liseré rouge de quelques millimètres de large, au delà duquel la peau se montre absolument saine et recouverte par une croûte épaisse formée par du pus desséché, détachée en certains points pour donner lieu à des dépressions remplies de gouttelettes purulentes. Des échantillons de ce pus ont été examinés trois fois, et constamment on y avait trouvé des « bacilli tuberculosi ». L'ulcération datait de deux ans et avait eu pour point de départ un panaris du pouce gauche, contracté en manipulant de vieux os. Les antécédents héréditaires et personnels du malade étaient nuls au point de vue de la tuberculose.

Le malade succomba aux progrès de la cachexie. L'autopsie fit voir que les lésions tuberculeuses étaient limitées aux poumons et à l'ulcération cutanée. Sur des coupes préparées avec des lambeaux de tissus provenant de cette ulcération, M. Hanot a découvert des bacilles tuberculeux nombreux et très nets, agglomérés en colonies pressées dans la couche embryonnaire sous-papillaire et dans les amas nodulaires de la région sous-dermique ; ils étaient moins nombreux dans les autres points de la coupe.

M. Hanot conclut que l'inoculabilité de la tuberculose par la voie cutanée chez l'homme ne fait plus question aujourd'hui, mais qu'il reste à déterminer exactement et dans les détails quelles conditions rendent possible l'inoculation et les divers modes d'évolution de la tuberculose ainsi produite.

E. RICKLIN.

TRAVAUX A CONSULTER

Note sur la tuberculose infantile, sa fréquence, son expression broncho-pneumonique, son origine par contagion (contagio-tuberculose) et par hérédité de la graine (hérédo-tuberculose), par MM. LANDOUZY et QUEYRAT (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1886, nos 16 et 17).

De la tuberculose : conditions de succès et causes d'insuccès dans les opérations sur les tuberculeux. Leçon de M. le professeur U. TRÉLAT (*Progrès médical*, 1886, nos 26 et 27).

De l'iodoforme dans la tuberculose (Ibidem, no 26, p. 540).

Imbécilité et hémiplégie droite symptomatique de méningite tuberculeuse; tuberculose généralisée; mal de Pott, par MM. BOURNEVILLE et PILLIET (Ibidem, no 27, p. 554).

BIBLIOGRAPHIE

DICTIONNAIRE ANNUEL DES PROGRÈS DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES. — Suite et complément de tous les dictionnaires, par GARNIER (21e année, 1885). Paris, Félix Alcan. Un vol. in-12 de 595 pages, 1886. — Prix : 7 fr.

Nous avons reçu assez tard cette année le 21e volume de la publication que poursuit, avec une louable persévérance, le docteur Garnier. Plus maniable que la collection d'un journal, ce dictionnaire, qui va chercher, jusqu'à l'étranger, ses renseignements, met bien réellement le lecteur au courant des progrès de la science médicale. Nous le constatons chaque année avec un véritable plaisir. D'ailleurs, mieux que dans un journal, l'histoire des études faites dans l'année sur un médicament ou sur une maladie, est ici complète et raisonnée. L'embarras est surtout, pour l'auteur, de choisir ce qu'il doit donner; mais, de ce choix le lecteur profite, et que de recherches lui sont épargnées.

L'année 1885 a été féconde en trouvailles médicales, les remèdes nouveaux : la thalline, la cocaïne, la terpine, l'antipyrine, y ont été découvertes ou plus sérieusement étudiées, et le *Dictionnaire annuel* nous met au courant de tous les faits à noter.

D'intéressants articles sur la chirurgie, l'antisepsie, les kystes, l'ophthalmologie, la laparotomie, le cancer, les calculs, la nephrectomie, l'ovariotomie, les tumeurs, le larynx, les pansements, les rétrécissements, les anévrysmes, les hernies, l'ostéomyélite sont à signaler dans la partie chirurgicale. Pour la partie médicale, outre les médicaments nouveaux dont nous avons parlé, il faut indiquer les articles : rage, hypnotisme, hystérie, ataxie, cœur, diphtérie, érysipèle, diabète, fièvre jaune, fièvre typhoïde, alcoolisme, coqueluche, paralysie, phthisie, pneumonie, pleurésie, etc.

Dans la partie des accouchements et de leurs suites, nous trouvons de bonnes lignes sur le gavage des nouveau-nés débiles, imaginé par Tarnier, sur l'allaitement, etc.

Un chapitre sur les prix à décerner par les diverses Sociétés savantes, d'excellentes remarques sur l'enseignement de la médecine et sur les dangers de la surcharge scolaire, une nécrologie complète, voilà encore des chapitres à signaler, dans le nouveau volume de M. Garnier, qui, surtout pour ceux qui possèdent un des dictionnaires Jaccoud ou Dechambre, est un livre indispensable, car il est vraiment le complément utile à l'une ou à l'autre de ces deux belles publications.

Dr D.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de M. le docteur A. Dureau la lettre suivante, que nous nous empressons d'insérer :

Mon cher Directeur,

Le dernier feuilleton de M. le docteur Somans contient, en ce qui concerne la Bibliothèque de l'Académie de médecine, quelques inexactitudes que je crois utile de signaler.

1o Nul doute que la Bibliothèque soit trop à l'étroit, cela est incontestable, mais les richesses que l'Académie possède ne sont pas pour cela, comme le croit notre confrère « *enfouies, entassées, perdues* », pour les lecteurs. Depuis longtemps (1875), le catalogue est rigoureusement tenu à jour; l'inventaire de l'arriéré a été fait, et les personnes autorisées à travailler à la Bibliothèque sont mises

aisément en communication avec les ouvrages qu'elle contient. Il est plus juste de dire que ce sont les bibliothécaires qui sont mal à l'aise, les casiers étant fort élevés, mal éclairés, en raison de leur nombre, etc.;

2° La collection Daremberg est depuis longtemps déballée, et précisément pour sauver de l'humidité les livres renfermés dans des caisses demeurées au rez-de-chaussée, j'ai demandé l'autorisation, accordée de suite, de faire placer les ouvrages les plus anciens et les mieux reliés dans un local absolument sec, placé près de la salle du Conseil; le restant de cette riche collection a été placé dans la Bibliothèque même. M. Somans a raison cette fois, quand il dit que ces livres ne sont pas mis à la disposition des lecteurs. Mais le catalogue existe; nous le complétons par l'indication de la place où se trouve l'ouvrage, et, dans peu de temps j'espère, il sera facile, toujours pour le lecteur, de consulter les livres. Les bibliothécaires, eux, auront un peu plus de mal, les ouvrages étant placés sur le plat, faute de place, dans les régions les plus hautes de la salle;

3° La collection Mattéi, si importante pour l'Académie, qui possédait fort peu de livres d'obstétrique antérieurs au XIX° siècle, a toujours été, dès *le jour même de son arrivée*, convenablement installée dans un local aménagé tout exprès, et les lecteurs peuvent la consulter;

4° Enfin, contrairement encore à l'opinion de notre confrère, tous les autres dons postérieurs, *sans exception*, dons baron Larrey, Laboulbène, Auburtin, etc., ont tous été enregistrés, catalogués, numérotés, le jour même de leur entrée, en raison de leur importance moindre, quant au nombre de volumes. Je ne parle pas des dons Béclard et Lagneau, plusieurs milliers d'ouvrages, et numéros séparés, récemment offerts et dont la mise en ordre est en train.

En résumé, d'après mon dernier rapport, l'ensemble des volumes et brochures était, au 31 décembre 1885, de........ 116.833
Et, à l'exception du fonds Daremberg, environ... 15.000

Le reste, soit.......... 100.833

ouvrages et brochures, peut être communiqué de suite.

Inutile d'ajouter que toutes les observations de M. le docteur Somans, concernant les locaux mêmes, sont absolument justes. Il y a là une question de budget difficile à résoudre, mais nous conservons l'espoir que quelques académiciens généreux, prenant modèle sur feu Demarquay, aideront l'Académie à s'installer convenablement.

Bien à vous,

Dr A. DUREAU.

NOTES & INFORMATIONS

SECOURS A DOMICILE A PARIS. — Les bureaux de bienfaisance sont, à Paris, chargés de faire parvenir les secours à domicile à une clientèle qui, d'après le recensement de 1883, ne comprend pas moins de 47,627 ménages, composés de 123,324 individus, soit 1 individu environ sur 200 habitants. La somme allouée à chaque arrondissement varie selon le nombre des indigents inscrits au bureau de bienfaisance; elle a une partie fixe, celle qui concerne les frais d'administration des bureaux, et qui est désignée sous le nom de subvention ordinaire; une subvention dite extraordinaire complète l'autre au profit des bureaux de bienfaisance dont les recettes intérieures (dons, collectes, rentes) sont insuffisantes. Elles sont jugées telles quand elles n'atteignent pas pour chaque ménage indigent la somme moyenne de 30 fr. 76. Onze arrondissements sont dans ce cas; il n'y en a que neuf qui aient à se contenter de la subvention ordinaire.

Les différences sont très considérables entre les bureaux de bienfaisance au point de vue de leurs ressources intérieures. Le IX° arrondissement, le mieux doté à ce point de vue, reçoit pour ses indigents plus de 100,000 francs chaque année; la moyenne exacte, depuis trois ans, a été de 104,540 francs; le XIV°, le moins favorisé, n'a reçu au contraire que 31,373 francs, et cette différence serait plus sensible encore si l'on tenait compte de la proportion numérique des indigents. Tandis que le IX° dispose pour chacun d'eux de 89 fr. 72, le XIV° n'a que 12 fr. 33, et le XIII° moins encore, 9 fr. 64.

Les quêtes sont naturellement moins fructueuses dans les arrondissements les plus pauvres, et la nécessité est évidente d'une subvention extraordinaire qui compense cette infériorité; d'ailleurs, les quêtes ne cessent de donner un revenu de plus en plus faible et insuffisant. En trois ans, de 1881 à 1883, elles ont baissé de 105,751 francs; il y a eu, en 1884, une nouvelle baisse de 38,090 fr. 51. L'administration de l'Assistance publique met encore à la disposition des bureaux de bienfaisance d'autres sommes dont la destination est réglementairement fixée, et dont le chiffre est proportionnel au nombre des destinataires. Aux vieillards et aux infirmes sont attribués, pour la ville entière, 14,000 secours, dont 8,000 de 10 francs par mois, 4,000 de 20 francs, 2,000 de 30 francs, ces derniers étant considérés comme représentatifs du séjour à l'hospice, où la place fait défaut. La somme affectée à ces divers secours mensuels est de 2,668,800 francs par an. Aux malades à domicile, qui ne peuvent tous trouver place à l'hôpital, une somme de 1,168,700 francs est allouée; aux accouchées, 517,300 francs; aux ménages chargés d'enfants et à divers secours individuels, 250,000 francs. Ajoutez 60,200 fr. pour primes de vaccination et 125,000 francs, pris sur les revenus de la fondation Montyon, pour secours aux convalescents traités, soit à l'hôpital, soit à domicile, pour les aider à vivre jusqu'à ce qu'ils aient trouvé du travail, et vous aurez le chiffre total des secours à domicile pour l'année courante, soit 7,171,650 francs.

Les arrondissements qui présentent le chiffre le plus élevé d'indigents inscrits sont: le XX°, qui en a 15,750; le XVIII°, 13,453; le XI°, 12,269; le XIII°, 11,353; le XIV°, 11,227; les nombres s'abaissent ensuite progressivement jusqu'aux 1er, VIII°, II°, qui n'en ont plus que 1,500. Malgré les efforts de l'Administration pour répartir également les ressources de l'Assistance, les arrondissements du centre subviennent plus abondamment aux besoins de leurs indigents. Dans le VIII°, par exemple, la moyenne annuelle des secours par tête d'indigent est de 95 fr. 27, moyenne qui descend à 78 fr. 93 dans le IX°, à 68 fr. 41 dans le II°, pour se réduire à 29 fr. 35, à 27 fr. 70, à 25 fr. 96 dans les XI°, XIII° et XX°. Mais la différence provient, comme il a été expliqué, des libéralités des arrondissements eux-mêmes.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs: Leparviers (de Givors); — Chaigneau; — Lemesle (de Bourgueil); — Farine (de Besançon); — Bayonne (de Gimont); — Hurel (de Gaillon); — Hermann Moos, professeur de chirurgie à l'Université de Wurtzbourg.

***

INTERNAT. — Le jury de l'internat est définitivement constitué.

Les membres qui le composent sont : MM. Duguet, Callard, Gombault, Polaillon, B. Anger, Kirmisson et Marchand.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 19 au samedi 25 septembre 1886

Fièvre typhoïde 16.—Variole 2.— Rougeole 14.— Scarlatine 6. — Coqueluche 10. — Dipthérie, croup 13. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 0. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 34. — Phthisie pulmonaire 167.— Antres tuberculoses 32. —Autres affections générales 56. — Malformation et débilité des âges extrêmes 36. — Bronchite aiguë 18. — Pneumonie 34. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 93. — au sein et mixte 50. — Inconnu 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 73. — de l'appareil circulatoire 57. — de l'appareil respiratoire 38. — de l'appareil digestif 38. — de l'appareil génito-urinaire 17. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 9 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 19.— Causes non classées 21. — Total de la semaine : 871 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De la médication abortive, par le docteur de Beurmann, médecin des hôpitaux. Grand in-8 de 260 pages. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en 1884, par le docteur Duflocq. In-8. — Prix : 4 fr. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Formulaire de thérapeutique, publié sous la direction du docteur Lutaud, suivi des « Applications nouvelles à la thérapeutique », par le docteur Campardon, et d'un « Vade-mecum des injections hypodermiques ». Un vol. in-18 de 443 pages (4e édition, 1886). — Prix : 2 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil faites à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, par le professeur Panas. In-8, avec 5 figures dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris. Rôle du traumatisme et de la greffe dans la formation de ces tumeurs, par le docteur E. Masse, de Bordeaux. Un vol. in-8, avec 2 planches. — Prix : 5 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulev. Saint-Germain.

Eléments de pathologie chirurgicale générale, par S. Baudry, professeur agrégé, etc., premier fascicule. Un volume in-8, avec 29 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 fr. — Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Tarassis. — *Troubles de l'âme et du corps chez l'homme dans les temps modernes et dans l'histoire*, par le docteur Lanoaille de Lachèse. Grand in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1886, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 41 9 OCTOBRE 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE MÉDICALE

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (1), par M. le docteur ALBERT ROBIN, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

I.

Manière d'envisager les complications. — LES COMPLICATIONS STOMACALES. — Les vomissemens et leurs causes. — Intolérance spéciale pour un médicament, sulfate de quinine, alcool, extrait de quinquina. — Début de complications pulmonaires et cérébrales. — Muguet primitif. — Rétention d'urine. — Perforation et début d'une rechute. Etat de la langue et du pharynx. Alimentation. — Traitement des vomissements ; acide carbonique, laudanum. Les étapes de la révulsion, emploi du vésicatoire. Inhalations d'oxygène. — Vomissements de la convalescence. — Dilatation de l'estomac.

Messieurs,

Nous avons traité jusqu'à présent la fièvre typhoïde normale ou commune ; aujourd'hui, nous ne devons plus considérer la maladie dans son ensemble, mais seulement les cas où un symptôme prend sur tous les autres une prédominance marquée qui le rend dangereux en lui-même, et ceux où une véritable complication vient troubler l'évolution morbide. Dans cette nouvelle étude, nous nous appuierons encore sur la solide étude de physiologie pathologique qui a déjà servi de base à la thérapeutique rationnelle que je vous ai exposée, et comme elle sera notre fil conducteur au milieu des indications nombreuses et souvent contradictoires que nous rencontrerons à chaque pas, elle donnera plus d'autorité à celles qui concorderont avec ses enseignements ainsi qu'aux moyens que nous emploierons pour les remplir.

En bonne pathologie générale, je devrais ici établir la distinction habituelle que comportent les mots de formes, de localisations, de complications, de prédominances symptomatiques. Cette division, qui serait de mise dans un cours de pathologie, perd un peu de son importance sur le terrain clinique, surtout vis-à-vis de la thérapeutique. Aussi me servirai-je presque exclusivement du mot complication en rangeant sous cette rubrique l'apparition de tout incident de quelque nature qu'il soit, qui vient donner une note dissonnante dans le concert si souvent tumultueux des expressions de la dothiénentérie.

Nous nous occuperons d'abord des complications qui peuvent surgir du côté du tube digestif.

Comme l'alimentation constitue l'une des indications majeures de la thérapeutique des typhiques, nous devons, tout d'abord, combattre avec la dernière énergie tout ce qui peut entraver l'ingestion de la masse de liquides que le malade doit absorber ; je fais allusion aux COMPLICATIONS STOMACALES, sur lesquelles l'attention a été réveillée dans les dernières années.

Je vous ai déjà fait remarquer qu'on avait singulièrement exagéré la fréquence de ces complications gastriques que, pour ma part, je n'ai qu'exceptionnellement rencontrées. Comme le disait fort judicieusement Louis, il ne faut pas prononcer le mot de détermination gastrique parce que le typhique a de l'anorexie, un état saburral, de l'épigastralgie et même des vomissements, car on peut en trouver autant dans n'importe quel état fébrile. Je reconnais l'importance et le danger des complications gastriques réelles, mais elles sont relativement rares, et alors même qu'un typhique vomit, il ne faut pas conclure immédiatement à leur existence. Ce n'est pas à dire qu'elles n'existent pas ; loin de là, elles peuvent à ce point prédominer qu'elles deviennent l'indication essentielle, comme M. Chauffard l'a montré dans sa thèse inaugurale.

Mais avant d'affirmer que le *vomissement* est lié à une complication gastrique et de modifier votre thérapeutique en conséquence, faites l'enquête que je vais vous dire, et vous verrez combien de cas sont imputables à une toute autre cause.

Cherchez en premier lieu s'il n'y a pas une *intolérance gastrique spéciale pour l'un des médicaments administrés*. Dans deux cas que j'ai présents à l'esprit, les vomissements ont cessé comme par enchantement alors qu'on supprima le *sulfate de quinine* donné jusque-là aux doses immodérées et répétées de 1 gr. 50 à 3 grammes par jour. D'autres fois, c'est l'*alcool* qu'il faut incriminer ou plutôt c'est l'abus de l alcool : diminuez la dose ou donnez du vin étendu d'eau ou de la bière, et l'estomac retrouvera toute sa tolérance. C'est enfin l'*extrait de quinquina* que certains typhiques tolèrent difficilement, peut-être à cause du tannin qu'il renferme. Ce sont là les médicaments auxquels l'estomac est d'ordinaire le plus sensible ; mais sachez que tout médicament, quel qu'il soit, peut rencontrer une muqueuse stomacale qui ne l'accepte pas ; aussi l'intolérance gastrique médicamenteuse est-elle la première cause de vomissements que vous devez rechercher.

Songez ensuite que cet accident éclate d'une manière *réflexe* au début de beaucoup de *complications pulmonaires*,

(1) Extrait des *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales*, un vol. in-8 avec tracés et tableaux intercalés dans le texte. Paris, G. Masson (vient de paraître).

d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie, ou encore au moment de l'invasion d'une *complication cérébrale*. C'est ainsi que Chédevergne, dans une épidémie observée à l'hôpital des Enfants, nota six fois des vomissements sur sept cas de fièvre typhoïde avec complications cérébrales.

Puis regardez le pharynx, et cherchez s'il n'est pas envahi par ce *muguet primitif* dont M. Dugnet a raconté les particularités en 1886 à la Société médicale des hôpitaux, et qui est ordinairement la cause de nausées et de vomissements.

Il n'est pas jusqu'à la *vessie* que vous ne deviez percuter avec soin, car j'ai vu des vomissements disparaître après le cathétérisme, qui évacua au dehors 700 grammes d'urine retenue dans la vessie.

Il est inutile de vous parler des vomissements qui éclatent subitement comme l'expression d'une *perforation* ou d'une *péritonite ;* mais vous connaissez moins, je suppose, ceux qui, survenant après quelques jours d'apyrexie ou vers la fin de la défervescence, marquent le début d'une *rechute*. En dernier lieu, comme il n'est petit point qui n'ait son importance dans cette vaste étude de la fièvre typhoïde, je veux encore vous faire remarquer que l'*état fuligineux de la langue* et la *sécheresse du pharynx* des typhiques sont des conditions adjuvantes des vomissements. Aussi, en débarrassant par des lavages réitérés et de minutieux soins de propreté la langue et le pharynx des produits qui les recouvrent, vous aurez souvent la chance de voir céder bien vite les vomissements, quand ils ont pour point de départ des irritations localisées à la partie postérieure de la langue qu'innerve le nerf nauséeux (1).

Quand vous avez passé en revue toutes ces causes de vomissements et que celui-ci ne relève d'aucune d'entre elles, dirigez toute votre attention sur l'alimentation du malade. Donnez les boissons alimentaires à petites doses; si cela ne suffit pas, refroidissez-les. Quand l'intolérance pour le lait, par exemple, sera absolue et résistera à tous les petits moyens que je vous ai précédemment indiqués, ne vous entêtez pas dans une lutte dont l'estomac du malade fait les frais, et supprimez résolument ce liquide. Vous ordonnerez alors soit le bouillon, soit le beef-tea; à leur défaut, tentez le vin de Champagne frappé et étendu d'eau, et pour ceux de vos malades que la sapidité du vin de Champagne écœurerait, vous avez la ressource des vins plus légers, quoique riches en acide carbonique, comme le vin d'Arbois champagnisé.

La vieille *potion de Rivière* vous rendra quelques services, mais ne faites pas trop de fond sur elle et n'insistez pas sur son emploi si elle ne réussit pas de prime abord. Mon maître Gubler recommandait encore avec insistance l'administration du *laudanum* à la très faible dose de deux gouttes diluées dans une cuillerée à café d'eau de Vichy et prises quelques minutes avant la petite tasse de lait ou de bouillon. Quel que soit le mode d'action de ce petit moyen, sachez qu'il réussit fréquemment, à la condition qu'on se maintienne dans les doses faibles et que la quantité de laudanum ingéré dans les vingt-quatre heures ne dépasse pas en tout dix à douze gouttes.

Mais montons l'échelle des difficultés et supposons que tout ce qui précède ait échoué! Serez-vous désarmée? Non, car vous avez encore à votre disposition la longue série des révulsifs et des applications externes.

Le badigeonnage à la *teinture d'iode*, les onctions douces avec le *liniment térébenthiné*, la *sinapisation*, le *vésicatoire ammoniacal* et enfin le *vésicatoire* classique, tels sont les étapes successives que vous aurez à parcourir. Evidemment le vésicatoire constitue une ressource ultime; et en considération des accidents rénaux auxquels il expose le malade, il est nécessaire d'observer certaines précautions quand on se décide à l'employer.

Le vésicatoire aura 8 centimètres de hauteur sur 12 centimètres de largeur; avant de l'appliquer, on interposera entre la peau et lui un papier de soie de même dimension imbibé d'huile camphrée et soigneusement exprimé. L'emplâtre lui-même sera camphré par le procédé habituel. Après six à huit heures au plus, si la toile cantharidienne est bonne, la vésication est suffisante et se manifeste par une vive rougeur, mais sans qu'il y ait encore de cloche bien formée. Il suffit de placer alors sur la rougeur un cataplasme de farine de graine de lin pas trop chaud, pour voir rapidement apparaître les bulles que vous connaissez tous. En procédant avec ces précautions, vous éviterez neuf fois sur dix les déterminations rénales du cantharidisme.

Parmi les applications externes, je vous recommande l'*emplâtre de thériaque et belladone* appliqué sur la région épigastrique. Noël Guéneau de Mussy dit s'être trouvé fort bien de cette pratique, à laquelle je dois aussi un succès.

Comme dernier moyen, vous pouvez emprunter à l'obstétrique un des moyens auxquels elle a recours dans les vomissements incoercibles de la grossesse, je veux parler des *inhalations d'oxygène*, fort justement préconisées par mon collègue et ami M. Pinard.

Quant aux vomissements qui apparaissent pendant la *convalescence*, ma conviction est qu'ils dépendent ordinairement d'une alimentation surabondante ou insuffisante, et, dans la plupart des cas, il vous suffira de porter votre attention sur ce point pour trouver facilement son motif et par conséquent son remède.

Dans quelques cas plus rares, sur lesquels MM. Germain Sée et Mathieu ont justement insisté, les vomissements de la convalescence sont causés par une *dilatation de l'estomac*, consécutive à la fièvre typhoïde. Mais, si j'en juge par les résultats de ma statistique, cette complication serait beaucoup moins fréquente que ne le supposent les auteurs que je viens de vous citer.

Ainsi MM. Germain Sée et Mathieu notent la dilatation de l'estomac dans cinq cas sur six, et M. Legendre, dans une thèse récente, une fois sur deux. Au contraire, en réunissant tous les cas sur lesquels je l'ai recherchée, j'arrive à peine à un sur vingt; et cependant mes malades ont été soumis aux grandes ingestions de liquides, qui, si l'on en croit la théorie aujourd'hui classique de M Bouchard, seraient l'une des causes déterminantes de l'ectasie gastrique. Il n'en reste pas moins acquis que chez les typhiques convalescents, on doit surveiller attentivement l'état de l'estomac, afin de réglementer plus sévèrement encore l'alimentation, s'il apparaissait quelques signes de dilatation. La *teinture de noix vomique*, les petits *vésicatoires volants* sur l'épigastre constituent une deuxième ressource, qui, si elle ne suffit pas dans tous les cas, vous donnera au moins le temps d'attendre que la conva-

(1) Le docteur LORUT signale encore les lombrics comme cause de vomissements avec état nauséeux survenant dans les cinq premiers jours de la maladie (*Etude sur la fièvre typhoïde rémittente vermineuse, qui a régné dans les environs de Cusset*, in-8, 1859.)

lescence soit assez avancée pour que vous puissiez diriger toute votre attention sur l'état de l'estomac.

II

DE LA DIARRHÉE. — Sous-nitrate de bismuth, lavements, ipéca, tannin, fomentations, etc. — Diarrhée de la convalescence. — Du météorisme et de son traitement.—DES HÉMORRHAGIES INTESTINALES.—Ergotine, limonade sulfurique, alcool, transfusion, etc. — Traitement des conditions prédisposantes de l'hémorrhagie intestinale; inconvénients des bains froids, de la médication salicylée, des purgatifs répétés, des lavements trop abondants, de la constipation. — Rôle de l'adultération du sang.— PERFORATIONS INTESTINALES.

Après les vomissements, passons à la DIARRHÉE. Quand ce symptôme obligatoire de la fièvre typhoïde devient-il un danger par lui-même? La limite est aussi difficile à fixer que l'intervention inopportune me paraît dangereuse, puisque vous ne tendez à rien moins qu'à fermer une de ces portes de décharge que toute ma thérapeutique cherche à maintenir largement ouverte.

L'abondance des selles, et surtout la réaction qu'elles produisent sur le malade, la survenance du collapsus après de grandes débâcles, seront nos moyens d'appréciation. Dans ce dernier cas, par exemple, n'hésitez pas à modérer cette diarrhée. Si le danger est pressant et que le *sous-nitrate de bismuth* n'ait produit aucun résultat, vous pourrez avoir recours à l'*ipéca* à doses fractionnées, soit une infusion de 1 gramme dans 250 grammes d'eau que l'on administrera par cuillerées toutes les demi-heures. Dans les cas moins urgents, les lavements avec dix gouttes d'*acétate de plomb* et cinq à six gouttes de *laudanum*, la *poudre de Dower* à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr.50, le *tannin* sous forme de *teinture de ratanhia* ou de *cachou* incorporée dans une potion alcoolique, enfin les *fomentations* chaudes sur l'abdomen avec de *l'huile de camomille camphrée*, seront utilement employés, suivant les circonstances, pour modérer le flux intestinal.

Quand la diarrhée survient en pleine *convalescence*, c'est encore l'*alimentation* qu'il faut le plus souvent incriminer et surveiller. Revenez à la diète lactée, aux œufs frais, en même temps que vous conseillerez de petits lavements amylacés et laudanisés.

Vous devez combattre aussi le MÉTÉORISME, qui est lié à une parésie intestinale, qui diminue le champ de l'hématose, et qui, outre qu'il expose à l'hémorrhagie et à la perforation intestinales, favorise les résorptions à la surface de l'intestin. Tenez-vous en d'abord aux *applications externes*, aux frictions douces sur le ventre avec l'huile camphrée, ou avec un mélange d'*essence de térébenthine et d'alcool*, et aux *boissons aromatiques et stimulantes* comme l'*infusion d'anis*, d'*angélique* ou de *menthe poivrée*; puis essayez l'*acétate d'ammoniaque*, la *liqueur ammoniacale anisée* additionnée d'un cinquième de *liqueur d'Hoffmann* et donnée par 15 à 20 gouttes à la fois. Le *charbon*, si universellement conseillé, n'a d'autre propriété que celle d'absorber les gaz : c'est beaucoup, si l'on veut; mais il ne faut point oublier qu'il ne peut rien sur la contractilité de cet intestin qui se laisse passivement distendre; on doit donc le considérer seulement comme un adjuvant utile au traitement, en l'associant à la poudre ou à l'*extrait de noix vomique*, dont l'action sur les muscles lisses est indéniable. On peut mélanger, par exemple, 0 gr. 20 de poudre de noix vomique à deux cuillerées à bouche de charbon en poudre, et donner matin et soir l'une de celles-ci, délayée dans l'eau additionnée d'un peu de glycérine; on se trouvera bien en même temps d'embrocations sur le ventre avec un mélange de teinture de noix vomique et de *baume de Fioravanti*. Si une diarrhée profuse accompagne le météorisme, Murchison recommande le mélange à parties égales d'*hydrargyrum cum creta* et de *poudre de Dower*. Vous pourrez même, le cas échéant, utiliser les applications d'*eau froide* et même de *glace* sur le ventre; il n'est pas jusqu'au *bain froid* dont l'emploi ne soit indiqué quand tous les moyens qui précèdent deviennent insuffisants.

Voici maintenant des complications intestinales plus redoutables encore et qui peuvent entraîner en quelques heures la mort des malades, c'est l'hémorrhagie et la perforation.

L'HÉMORRHAGIE INTESTINALE, je vous l'ai dit, est loin de revêtir toujours une pareille importance; mais comme il est presque impossible, au moment où elle apparaît, de savoir dans quelles limites elle se maintiendra, la prudence conseille de la traiter dès que l'on trouve du sang dans deux selles consécutives. Ne faites d'exception que pour ces hémorrhagies qui se produisent dans les huit à dix premiers jours : elles sont liées le plus souvent à un état congestif de la muqueuse intestinale, et leur gravité est relativement minime.

Le malade sera maintenu dans un *repos absolu*; on ne le déplacera, on ne le remuera qu'en cas d'extrême urgence, et tout mouvement spontané lui sera temporairement interdit. Tous les médicaments habituels seront immédiatement supprimée; on ne donnera plus que du *lait glacé* et administré à petites doses, ou des *boissons acidulées également glacées*. Il faudrait que la dépression des forces fût significative pour que vous fussiez autorisés à continuer l'alcool ou le vin, dont l'on forcerait cependant la dose si l'adynamie était extrême. Et sans plus attendre, faites prendre chaque heure une grande cuillerée de la potion ci-dessous, dont je tiens la formule de Gubler :

Ergotine Bonjean	4 gr.
Acide gallique	0,50
Sirop de térébenthine	30 »
Eau de tilleul	120 »

Conjointement avec cette potion, vous ferez alterner une solution de trente gouttes de *perchlorure de fer*, dans 125 gr. d'eau distillée, qui sera prise aussi par grandes cuillerées toutes les heures, de sorte qu'à chaque demi-heure le malade prendra l'une ou l'autre potion.

Si l'hémorrhagie ne cesse pas, appliquez une vessie pleine de glace sur le ventre et injectez sous la peau un gramme de solution d'*ergotine* d'Yvon qui, préparée avec de l'eau de laurier-cerise, représente en poids celui de l'ergot de seigle qu'on a employé pour la préparer, c'est-à-dire qu'un gramme de cette solution correspond à un gramme d'ergot. Elle a, de plus, le grand avantage de ne point irriter le tissu cellulaire sous-cutané.

La *limonade sulfurique*, l'*eau de Léchelle*, les lavements froids avec 2 à 3 grammes d'*extrait de ratanhia* et 10 gouttes de laudanum, sont aussi des moyens actifs qui répondront utilement aux hémorrhagies de moindre gravité.

Quand, au contraire, tout ce que je viens de vous indiquer sera resté sans effet, vous disposerez encore de trois armes que vous ne devez manier qu'avec la plus extrême prudence, en raison des dangers auxquels elles exposent; c'est d'abord

l'*alcool* à doses progressivement croissantes ; puis, si l'on en croit Maurice Raynaud, les *bains froids*; enfin, c'est la *transfusion*, à laquelle le Dr Gibert (du Havre) a dû un succès vraiment miraculeux.

Comme je n'ai point eu l'occasion d'utiliser aucun des moyens précédents, je me borne à vous les signaler, sans vous donner d'opinion personnelle sur leur valeur et leurs indications particulières. Cependant, le bain froid, qui ne compte à son actif que le cas de Maurice Raynaud, a été accusé si souvent de favoriser les hémorrhagies que je n'oserais vous le conseiller. Quant à la transfusion, M. le Dr Darène a réuni dans sa thèse inaugurale neuf observations (1) sur lesquelles trois se sont terminées par la guérison. Ce résultat est d'autant plus encourageant que le même auteur affirme que celles de ces transfusions qui n'ont pas réussi, ont été au moins inoffensives.

L'ulcération étant la cause prochaine de l'hémorrhagie, nous ne disposons malheureusement d'aucun moyen pour agir directement sur elle ; tout au plus doit-on tenter de modifier ses conditions prédisposantes, quelques vagues que soient nos connaissances sur ce point.

Parmi ces conditions, on a placé au premier rang le traitement par la méthode des bains froids. En 1873, Biermer disait déjà que les hémorrhagies intestinales étaient alors plus fréquentes que par les autres médications, et que c'est à cet accident que la mort devait être imputée dans la majorité des cas. Schulz, d'Heidelberg, vit la proportion des hémorrhagies s'élever de 2,4 à 9,6 p. 0/0 quand il substitua le traitement hydriatique aux anciennes méthodes. Wunderlich fils relevant la statistique des malades soignés par son père à Leipzig, de 1868 à 1872, constata que sur 155 typhiques baignés, les hémorrhagies intestinales s'élevaient à la proportion de 10,3 0/0, tandis que 98 malades soignés d'une manière différente n'en fournirent que deux. M. le professeur Peter, dans sa remarquable communication à la Société médicale des hôpitaux en 1877, cite encore plusieurs cas qui mettent bien en relief le danger d'hémorrhagie auquel expose la médication balnéaire.

Les partisans de cette méthode répondent que Brand, réunissant 4,890 cas des statistiques de Reinhardt, Griesinger, Conradi, Liebermeister, etc., n'a trouvé que 271 hémorrhagies intestinales, soit 5,6 0/0, chiffre qui ne dépasse pas la moyenne habituelle de cette complication. Puis vient Goldtammer qui réunit 5,636 cas traités par les bains froids avec 240 hémorrhagies, soit 4,2 0/0, et 13,653 cas traités sans bains, avec 520 entérorrhagies, soit 3,9 0/0. D'où cette conclusion que la méthode des bains froide n'augmente pas sensiblement la fréquence de l'hémorrhagie intestinale.

J'ai administré des bains froids à une soixantaine de malades sans observer une seule hémorrhagie intestinale, mais ce chiffre est trop faible pour avoir une valeur quelconque devant les statistiques imposantes citées tout à l'heure. Si favorables que soient ces dernières, j'avoue que je suis impressionné par les faits des adversaires de la méthode, et que la vieille théorie du refoulement du seng vers les parties profondes ne laisse pas que de m'impressionner encore. Il y a peut-être quelque chose de plus réel, ce sont les mouvements et les efforts auxquels ces bains répétés toutes les trois heures exposent les malades, et je me demande si ces efforts n'ont pas, dans la genèse de l'hémorrhagie, une part plus grande que la réfrigération elle-même. Au surplus, comme les bains froids n'interviennent qu'à titre accessoire dans le traitement que je vous ai proposé, la question ne mérite pas, à notre point de vue, de nous arrêter plus longtemps. Vous ne donnerez le bain froid que dans des cas bien déterminés, que j'essayerai de vous catégoriser plus tard.

Vous vous souvenez des faits d'ulcérations pharyngées et stomacales survenus sous l'influence de l'acide salicylique et dont je vous ai parlé dernièrement. Ces faits sont à rapprocher de l'opinion de M. le professeur Germain Sée et de M. Hallopeau, qui ont noté la fréquence des hémorrhagies intestinales chez les malades soumis à la *médication salicylée*; Fischer, entre autres, les aurait constatées quatre fois sur 23 cas, proportion tout à fait inusitée. Les *purgatifs* répétés seraient passibles des mêmes reproches, car dans les observations de de Larroque les hémorrhagies intestinales sont très fréquemment notées. Il en est de même des lavements trop abondants qui distendent mécaniquement l'intestin, et peut-être aussi des vomissements, puisque Guinaud cite un cas où une entérorrhagie fut provoquée par une forte dose d'ipéca.

Il résulte de tous ces faits que les médications et les médicaments dont il vient d'être question doivent être employés avec la plus grande réserve quand on aura à traiter des malades chez lesquels des épistaxis répétées, par exemple, laisseront soupçonner une tendance hémorrhagique, et qu'au cas où ils auraient été utilisés, on devrait les proscrire immédiatement à la première menace d'hémorrhagie intestinale.

Un dernier conseil : Murchison rapporte que 8 foie sur 60, l'entérorrhagie a été précédée de *constipation*, et l'observation de Noël Guéneau de Mussy corrobore tout à fait l'opinion du médecin anglais. Il est évident qu'un bol fécal durci, venant au contact d'une ulcération intestinale, aura grande chance d'irriter ou d'éroder celle-ci, et, par conséquent, de la faire saigner. Je me rappelle aussi avoir constaté à l'autopsie des typhiques morts d'entérorrhagie, que des matières fécales durcies étaient comme incrustées dans les ulcérations intestinales. C'est là une sorte de traumatisme que vous devrez vous attacher à prévenir par un judicieux emploi de laxatifs.

L'hémorrhagie intestinale est conditionnée par l'adultération du sang et causée par l'ulcération ; le traitement, qui consiste à décharger le sang des produits toxiques qu'il renferme, agit déjà dans le sens de la prophylaxie ; l'emploi des précautions que nous venons d'étudier vise en outre toutes les conditions prédisposantes qui sont actuellement connues ; vous aurez donc mis de votre côté toutes les chances d'éviter cette redoutable complication.

La PERFORATION DE L'INTESTIN est plus grave encore parce que nos moyens d'action sont à la fois limités et incertains. Le but à atteindre est d'immobiliser l'intestin afin de permettre la formation d'adhérences qui ferment la solution de continuité et limitent l'épanchement de son contenu. On mettra la malade dans l'*immobilité* la plus absolue, on supprimera tout aliment, toute boisson, toute médication. Si la soif est très vive, vous permettrez de petits morceaux de glace et exceptionnellement quelques tranches d'orange glacée dont la pulpe ne sera pas avalée. Vous vous garderez aussi de palper ou d'explorer l'abdomen, sur lequel on placera une vessie pleine de glace. A l'intérieur, vous emploierez, suivant la méthode de Graves, l'opium à haute dose, un centigramme

(1) J.-B. DARÈNE. *Etude sur la transfusion du sang à la suite des hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1883.

d'extrait thébaïque toutes les demi-heures, et au cas où l'estomac ne le tolérerait pas, il vous reste la ressource des *injections hypodermiques* de chlorhydrate de morphine. On a préconisé aussi les applications de *pommade mercurielle* sur l'abdomen pour prévenir et modérer la péritonite consécutive à la perforation.

(A suivre.)

HYDROLOGIE

Du traitement de la maladie de Basedow, en particulier des formes frustes, par les eaux minérales indéterminées, par M. le docteur F. de Ranse, membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin consultant aux eaux de Néris (1).

La maladie de Basedow, facilement reconnaissable quand elle est parvenue à son complet développement et se présente avec la triade symptomatique que lui assignent les traités classiques, passe fréquemment inaperçue lorsque deux de ses principaux symptômes, le goître et l'exophthalmie, font défaut. Ces derniers cas sont loin d'être rares, et ils paraîtront l'être moins encore quand les praticiens, s'inspirant des recherches récentes de M. Charcot et de ses élèves, auront une conception plus exacte du siège, de la nature, de la symptomatologie de la maladie, et seront plus familiarisés avec les formes frustes qu'elle peut présenter.

Dans une excellente thèse parue en 1883, M. le docteur Marie a résumé les études nouvelles dont la maladie qui nous occupe a été l'objet à la Salpêtrière. Il a insisté tout particulièrement sur le tremblement comme étant l'un des symptômes les plus constants, dans les formes complètes comme dans les formes frustes, il en a décrit les caractères et cherché ainsi à le distinguer du tremblement qui s'observe dans d'autres états morbides. On sait que lorsque ce tremblement est très prononcé et atteint le tronc et les membres, le malade est en état perpétuel de vibration; debout ou assis, son corps est agité d'une trémulation constante; une de mes malades exprimait assez pittoresquement cette sensation, en disant qu'il lui semblait être toujours en chemin de fer.

Outre ce tremblement, si on découvre les malades, on voit fréquemment les muscles du tronc et des membres être le siège de mouvements fibrillaires plus ou moins accentués. La main, appliquée sur ces parties, sent un frémissement tout particulier.

A côté de ces deux symptômes, il en est quelques autres que l'on rencontre fréquemment, mais d'une manière moins constante, dans la maladie de Basedow : ce sont des troubles cardiaques (accès d'*angor pectoris*), digestifs (diarrhée paroxystique, dyspepsie, boulimie), pulmonaires (toux nerveuse, accélération des mouvements respiratoires), des manifestations cutanées (sueurs profuses, taches pigmentaires, urticaire), un amaigrissement parfois considérable, un affaiblissement musculaire pouvant aller jusqu'à la parésie et même la paralysie. Un ensemble symptomatique aussi varié et aussi étendu montre qu'on ne saurait plus, avec les anciens auteurs, circonscrire comme siége la maladie de Basedow au pneumogastrique ou au grand sympathique et en faire une névrose cardiaque; il s'agit plutôt d'une névrose générale, ayant sans doute des manifestations cardiaques d'une haute importance, mais frappant également les autres appareils ou systèmes de l'économie.

J'ai cru devoir rapporter les notions qui précèdent pour bien préciser le terrain de mon observation.

Plusieurs des malades que j'ai eu à traiter m'ont été adressés avec un diagnostic nettement défini, par des maîtres dont on ne saurait contester la compétence. D'autres me sont arrivés avec l'étiquette *névrosisme, état névropathique, arthritisme* quand il y avait quelques douleurs rhumatoïdes, ce qui n'est pas rare, et j'ai dû moi-même préciser le diagnostic. Or, je crois, avec M. Marie, que lorsqu'on constate chez un malade, en l'absence du goître et de l'exophthalmie, le tremblement et une tachycardie permanente, sans augmentation notable de température, il est permis de penser à une forme fruste de la maladie de Basedow. Je dois ajouter que, le plus souvent, un ou quelques-uns des symptômes secondaires mentionnés plus haut viennent confirmer le diagnostic.

J'ai observé à Néris, dans ces dernières années, 12 cas de maladies de Basedow, dont 9 chez des dames. L'âge des malades a varié entre 30 et 50 ans. Ces 12 cas constituent une véritable gamme, depuis la forme que je dirais volontiers la plus fruste, jusqu'à la maladie parvenue à son complet développement, avec goître et exophthalmie. Je ne saurais, dans une communication comme celle-ci, où la brièveté doit être une des qualités premières, donner la relation de tous ces faits; je me bornerai donc à en résumer très succinctement trois ou quatre, qui exprimeront comme autant de notes de la gamme dont je viens de parler.

I. M. X..., âgé de 37 ans, est envoyé à Néris pour quelques douleurs rhumatismales et une grande irritabilité. Fils de parents nerveux, il éprouve lui-même, depuis une dizaine d'années, ce qu'il appelle une fièvre nerveuse. Son pouls bat 128 fois à la minute; le cœur, légèrement hypertrophié, frappe énergiquement la paroi thoracique; les membres supérieurs sont le siège d'un tremblement qui augmente, ainsi que les pulsations et les battements du cœur, à la moindre émotion. Le malade se sent affaibli et ne peut se livrer aux exercices physiques qu'il aime, promenades, chasse danse, etc. — Il est, et a toujours été d'ailleurs très maigre. Cet amaigrissement, joint à une longueur notable du cou, fait ressortir une légère hypertrophie du corps thyroïde qui, pour un esprit non prévenu, passerait probablement inaperçu. Mais, outre le tremblement des membres supérieurs, M. X. présente, dans les muscles du dos, un mouvement fibrillaire très accentué, qui donne à la main appliquée sur ces parties, la sensation d'un frémissement. Il nous semble que la préexistence de ce mouvement fibrillaire, du tremblement, de la tachycardie, de l'affaiblissement général, sans parler de la légère hypertrophie du corps thyroïde, suffit à légitimer le diagnostic de *forme fruste de la maladie de Basedow*.

Le traitement a été des plus simples et a consisté uniquement en des bains de 33° à 34° c., portés progressivement de 20 minutes à 1 h. 1/2. Le malade a noté généralement, pendant le bain, une diminution dans le nombre des battements du cœur. Le jour de son départ, le tremblement avait légèrement diminué, ainsi que le nombre des pulsations, qui ne dépassait pas 120 Mais l'amélioration a fait ensuite des progrès plus considérables. Aussi M.X.. est-il venu faire une seconde saison. A la fin de celle-ci, il pouvait danser pendant toute une soirée sans éprouver la moindre gêne à la région cardiaque ni la moindre fatigue. M. X... a fait une troisième saison, uniquement par *reconnaissance*: on sait ce

(1) Note communiquée au Congrès d'hydrologie et de climatologie de Biarritz.

que ce mot signifie dans la pratique hydrologique. Il paraissait jouir d'une parfaite santé.

II. Mme X... traverse la période de la ménopause. Depuis quelques années, elle se plaint de palpitations, d'essoufflement, d'une faiblesse générale portant plus spécialement sur les membres inférieurs. Elle est sujette en outre à des accès de pseudo angine de poitrine,caractérisés principalement par des lipothymies et un sentiment d'angoisse des plus pénibles partant de la région précordiale. Elle a considérablement maigri et offre tous les signes d'une véritable cachexie. Elle consulte à Paris l'un des maîtres les plus éminents, qui me l'adresse avec le diagnostic de forme fruste de la maladie de Basedow. Pas d'exophthalmie; pas de goître, mais un gonflement général du cou. Les battements du cœur sont violents, sans que le rhythme soit altéré; soufflo anémique. Le moindre effort, une promenade de quelques mètres suffisent pour produire l'essoufflement. Les accès de pseudo-angine de poitrine succèdent souvent à l'un de ces efforts, à une émotion, mais ils surviennent aussi parfois spontanément à l'état de repos. On note de 115 à 120 pulsations par minute. Les quatre membres, mais surtout les membres supérieurs, sont agités d'un tremblement qui augmente,comme les pulsations, par suite d'un effort ou d'une émotion. Les muscles du tronc sont le siége d'un mouvement fibrillaire très accentué. Nombreuses plaques de vitiligo sur le tronc. En d'autres points, en particulier à la partie supérieure et interne des cuisses, taches pigmentaires, sueurs profuses; la malade ne peut faire un pas sans être en nage et change plusieurs fois de linge par jour. Dyspnée flatulente des plus pénibles. En général, inappétence complète; parfois de véritables fringales. La faiblesse des jambes est considérable; elles sont le siége d'un œdème qui augmente le soir et ne disparaît pas complètement le matin. La malade éprouve en outre, dans l'articulation des genoux et dans le gras des mollets, des douleurs, des crampes fort pénibles. Je signale en passant ce symptôme, que j'ai rencontré chez bon nombre de mes malades et qui, avec la faiblesse, contribue à rendre la marche difficile.

Mme X... a fait trois saisons consécutives à Néris et n'a pas suivi d'autre médication. On peut dire qu'elle s'est transformée. Elle a regagné et au-delà les trente livres qu'elle avait perdues de son poids. Les fonctions digestives se sont régularisées, les forces sont en grande partie revenues, les accès cardiaques ont à peu près disparu. Il ne reste de ses anciens symptômes qu'une grande impressionnabilité, un léger tremblement des mains et une accélération du pouls qui, au lieu de 120 pulsations, est descendu à moins de 100 et ne dépasse pas en moyenne 90 quand la malade n'a aucune cause d'agitation. Outre les bains tempérés, j'ai en recours chez elle aux douches chaudes locales, pour combattre les douleurs rhumatoïdes des jambes, aux douches écossaises et au massage, pour remonter l'état général.

III. Une troisième malade, Mme X..., âgée d'environ 50 ans, a été traitée pour une paraplégie par les pointes de feu le long du rachis, la strychnine, etc, et a obtenu de ce traitement une notable amélioration. Elle présente concurremment des signes de la maladie de Basedow. L'exophthalmie n'existe pas encore, mais il y a des troubles visuels, plutôt de nature amblyopique. Le corps thyroïde est notablement tuméfié. Les troubles cardio-vasculaires sont très accentués, bien qu'en voie d'amélioration. La malade a eu jusqu'à 120 pulsations par minute; elle en a 100 environ maintenant. Les symptômes dominants chez elle sont le tremblement et la parésie. Le tremblement est étendu à tout le corps; c'est cette malade qui, pour exprimer l'état constant de vibration et de trémulation dans lequel elle se trouve, dit qu'elle se croirait volontiers toujours en chemin de fer. Malgré l'amélioration déjà obtenue du côté de la paraplégie, la faiblesse des jambes est encore considérable. La malade y ressent des douleurs analogues à celles qu'accusait la malade précédente.

Le médecin qui m'a adressé Mme X... s'est demandé s'il y a une relation directe entre la paraplégie et la maladie de Basedow. Je crois, avec nombre d'auteurs, que cette paraplégie peut être considérée comme un épiphénomène de la névrose qui nous occupe. Mais ce n'est pas le lieu d'examiner cette question de pathologie. Je me hâte de dire que, sous l'influence du traitement hydro minéral, l'amélioration qui avait déjà débuté dans l'état de Mme X... s'est notablement accrue.

IV. Je ne dirai que quelques mots d'une quatrième malade qui présente le type complet de la maladie de Basedow: troubles cardio-vasculaires, tremblement, goître, exophthalmie, etc. Elle a fait déjà plusieurs saisons à Néris, et en a retiré constamment d'excellents effets. Elle y gagne plus de calme et plus de force; il lui semble aussi chaque fois observer une diminution dans les deux symptômes qui la préoccupent le plus, le goître et l'exophthalmie. En tout cas, la maladie, depuis plusieurs années, loin de faire des progrès, paraît plutôt rétrograder.

Les quatre faits qui précèdent suffiront pour donner une idée des divers cas soumis à mon observation. Dans le premier, on voit la maladie se traduire presque uniquement par les deux symptômes constants, le tremblement et la tachycardie; dans le second, à ces deux signes s'ajoutent divers autres symptômes et un trouble profond de la nutrition; dans le troisième, l'exophthalmie seule fait défaut; le quatrième offre un type complet de la maladie. Les autres cas diffèrent de ceux-ci par de simples nuances, et il me paraît inutile de m'y arrêter.

Les résultats que j'ai observés aux eaux de Néris peuvent s'étendre sans doute aux eaux similaires; voilà pourquoi, dans le titre de ce travail, comme dans les conclusions qui vont suivre, je parle en général des eaux indéterminées. Je formulerai ces conclusions dans les propositions suivantes :

La maladie de Basedow est une névrose générale qui, à côté du type complet, présente fréquemment des formes incomplètes ou frustes offrant, entre autres signes, deux symptômes constants : le tremblement et la tachycardie permanents sans élévation de la température.

Sous quelque forme qu'elle se présente, la maladie de Basedow est essentiellement justiciable des eaux indéterminées. L'action sédative de ces eaux, portant sur le système nerveux tout entier, a pour effet de modifier les conditions qui ont produit et entretiennent les troubles cardio-vasculaires; les battements du cœur et les pulsations diminuent à la fois de force et de fréquence; le tremblement et les mouvements fibrillaires des masses musculaires subissent une diminution parallèle; les divers troubles fonctionnels s'amendent, la nutrition se rétablit (obs. II), les forces reviennent et la maladie, enrayée simplement dans certains cas, plus ou moins grandement améliorée dans d'autres, peut être définitivement vaincue.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

De la dilatation de l'estomac (gastro-ectasie), par le docteur M. Macario (de Nice).

M. X..., 74 ans, arthritique, constitution vigoureuse, tempérament nerveux, impressionnable, dur à la fatigue, est sujet à de fréquentes angines par granulations et dyspeptique depuis plus de trente ans. Cependant, malgré tout, l'appétit a toujours été excellent à déjeûner, mais nul ou presque nul à dîner; de là, grande

consommation de bi-carbonate de soude pour faciliter la digestion.

M. X... mangeait vite et mâchait mal; il buvait beaucoup à ses repas : deux bouteilles de vin par jour environ et autant d'eau. En sortant de table, il entrait dans son cabinet et se mettait au travail; cependant sa santé a toujours été excellente. Il n'a jamais été sérieusement malade.

A l'âge de 35 ans, à la suite de chagrins prolongés, son pouls devint intermittent. Les intermittences, d'abord extrêmement fréquentes, allèrent toujours en diminuant, à tel point que depuis une douzaine d'années elles sont devenues très rares et presque inaperçues, sans cependant disparaître complètement.

Pendant l'hiver de 1884, M. X... contracta une bronchite intense accompagnée de catarrhe naso-pharyngien. Cette bronchite, ayant été négligée, se compliqua de pneumonie à droite. La pneumonie se dissipa promptement sous l'influence d'un large vésicatoire et de quelques juleps kermétisés; mais la bronchite et le coryza lui survécurent et ne disparurent que dans le courant du mois de juin.

La convalescence fut longue et elle fut accompagnée de phénomènes divers. Tout d'abord, les intermittences et les faux-pas du pouls reparurent avec une certaine fréquence et parfois dans la nuit; la respiration était irrégulière, courte, saccadée, sans oppression bien marquée. Il suffisait de prendre quelques longues inspirations pour la rétablir dans son type physiologique. Ce phénomène s'était déjà montré quelques fois plusieurs années auparavant. Le docteur Charcot, ayant été consulté à ce sujet, ne trouva rien d'extraordinaire ni aux poumons ni au cœur; seulement il ajouta que les organes de la respiration étaient comme enchifrénés. Plus tard se manifestèrent des troubles de la circulation veineuse. Depuis dix-huit mois environ, dès que les mains sont pendantes, les veines de ces extrémités se gonflent, se dilatent et communiquent à la paume des mains une coloration marbrée de bleu, qui se dissipe promptement par quelques frictions ou en soulevant les mains à la hauteur de la tête. Cette marbrure n'existe pas au dos des mains, quoique les veines y soient très développées, mais par contre elle est très manifeste au dos des pieds; du reste, elle paraît également aux cuisses et aux jambes, mais seulement quand le patient est debout.

Ces phénomènes persistent encore aujourd'hui et sont mêmes plus marqués.

En même temps, on voit de temps à autre paraître deux ou trois taches de purpura, sur le dos de la main droite particulièrement. La paume des mains est toujours chaude.

Au mois de juillet, les pieds commencèrent à s'œdématier. L'œdème gagne petit à petit la moitié inférieure des jambes, mais il reste toujours modéré.

Cet état commença à inquiéter le malade. Plusieurs médecins furent consultés. Ils constatèrent que le premier temps des bruits du cœur était un peu plus prolongé qu'à l'état normal, il était voilé par un très léger souffle. Ils crurent à un peu d'anémie et prescrivirent le fer à petite dose, le quinquina et l'arséniate de strychnine. Rien n'y fit. L'œdème, sans augmenter d'une manière sensible, persistait toujours, lorsqu'au mois de novembre le patient eut occasion de voir le professeur Bouchard, qui, après l'avoir examiné attentivement, diagnostiqua une dilatation de l'estomac avec légère tuméfaction du foie; il prescrivit la diète sèche et une pilule de 0,01 de calomel à prendre le matin à jeun pendant deux mois.

Dès les premiers jours de ce régime, la digestion se fit très bien, l'appétit ne tarda pas à se faire sentir aussi bien à dîner qu'à déjeûner, et la tendance au sommeil, qui se manifestait toujours après les repas, disparut complètement.

Dès lors, il ne fut plus nécessaire de recourir au bi-carbonate de soude pour favoriser la digestion. L'œdème des membres pelviens disparut à son tour au bout de quinze à vingt jours, les intermittences du pouls cessèrent également d'être perçues et les rares taches de purpura du dos des mains, ainsi que les marbrures bleuâtres de ces extrémités, diminuèrent notablement, à tel point qu'au mois d'avril le M. Bouchard, ayant eu occasion de revoir le malade, déclara que tout était rentré dans l'ordre et conseilla de ne plus rien faire.

Cependant M. X... continue toujours le régime sec, mais un peu moins sévère, qui lui a si bien réussi.

Mais peu de jours après, le patient contracte de nouveau, comme l'année dernière, une bronchite intense avec expectoration abondante, précédée de catarrhe nasal qui le confina dans son appartement pendant six semaines environ.

Toutefois, cette phlegmasie bronchique n'a nullement influé sur l'état général qui, actuellement, ne laisserait plus rien à désirer, si les quelques taches de purpura du dos des mains et les troubles circulatoires du système veineux surtout ne continuaient de se manifester comme par le passé et d'une manière même plus accentuée.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Eruptions et intoxications médicamenteuses.

I. Un cas d'exanthème bulleux a la suite de l'usage interne de l'acide salicylique, par S. Rosenberg (*Deut. medic. Wochenschrift*, 1886, no 33, p. 569). — II. Une forme pemphigineuse de l'intoxication par l'iodure de potassium, avec terminaison fatale, par E. Wolf (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, no 35, p. 578). — III. Sur une manifestation rare de l'iodisme aigu, par C. Kopp (*Munchener medic. Wochenschrift*, 1886, no 26). — IV. Un cas d'empoisonnement par le *pain-expeller*, par le docteur Meschede (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, no 35, p. 576).

I. Rosenberg relate l'observation d'une femme de 29 ans, entrée à l'hôpital pour des douleurs rhumatismales dans les deux genoux et dans le cou-de-pied droit; elle avait eu, disait-elle, une attaque de rhumatisme articulaire aigu l'année précédente, et une seconde dans le courant du mois de janvier de cette année. La malade racontait qu'on lui avait fait prendre de l'acide salicylique en potion, mais qu'on avait dû interrompre la médication, malgré les bons résultats qu'elle avait donnés, parce qu'il en était résulté une éruption de taches rouges. Et, en effet, elle portait encore sur le tronc et sur les membres, du côté de l'extension, de nombreuses taches d'un brun rougeâtre, ayant les dimensions d'une pièce de cinq à dix pfennings. Les taches disparaissaient sous la pression du doigt, pour reparaître aussitôt après. Température, 38o,3. Pas de tuméfaction des jointures douloureuses. Signes de pleurésie à gauche. On prescrivit 4 grammes d'acide salicylique à prendre dans du pain azyme. Dès le lendemain, les douleurs avaient disparu; par contre, la malade éprouvait une sensation de brûlure à la peau, avec sensation d'enflure au niveau des paupières, et, de fait, le surlendemain (13 février), les paupières étaient fortement gonflées; la face était cyanosée, toute la surface du corps était recouverte de taches d'un bleu rougeâtre. Température, 39,3. Malgré qu'on soupçonnât qu'il s'agissait d'un exanthème salicylique, on continua la médication, à la même dose.

Le 14 février, la sensation de brûlure cutanée était tellement insupportable, que la malade se refusa à reprendre de l'acide salicylique. On lui prescrivit 3 grammes d'antipyrine; la tem-

pérature s'abaissa de 39 à 36 degrés, mais les douleurs articulaires reparurent.

Le 15 février, on fit prendre à la malade 3 grammes d'acide salicylique, en lui donnant à croire que c'était de l'antipyrine. La malade découvrit le subterfuge peu de temps après la première prise, au réveil de la sensation de brûlure. En même temps, il se fit une nouvelle poussée éruptive, avec élévation de la température. Aux taches succédèrent des bulles, siégeant sur un fond ronge, tandis que l'épiderme soulevé avait une teinte blanche; leur diamètre avait jusqu'à celui d'une pièce de 50 centimes; en qnelques endroits, les taches confluaient. Le contenu des bulles étaiț d'un jaune clair, à réaction alcaliue. L'apparition des bulles avait eu lieu trois jours apres la première prise d'acide salicylique. Elle avait envahi la muqueuse huccale, pour durer en tout trois jours. En se desséchant, les bulles avaient fait place à des dépôts crustacés; la peau, sur toute l'étendue du corps, était devenue le siége d'une desquamation furfuracée.

Quelques jours aprés, avec le consentement de la malade, l'expérience fut repriee et donna le même résultat. Détail important à noter : le contenu des bulles fut examiné au point de vue de la présence éventuelle de l'acide salicylique; cette recherche aboutit à nn résultat positif.

II. Le cas relaté par F. WOLF se rapporte à une femme âgée de 48 ans lorsqu'elle vint se faire traiter pour une néphrite à évolution subaiguë, dont le début remortait à trois mois. Jusqn'alors, sa santé avait été bonne. L'urine renfermait une grande quantité d'albumine et des éléments figurés du sang; quantité moyenne. Ascite, épanchement pleural et auasarque. Digestions laborieuses, anorexie, nutrition mauvaise. Il existait en ontre une hypertrophie cardiaque assez notable. Diagnostic : néphrite glomérulaire, avec participation de l'épithélium des canalicules. Comme traitement, l'auteur prescrivit des enveloppements dans le drap humide, de la pilocarpine à l'intérieur. Disparition rapide des hydropisies, sauf pour l'épanchement pleural, qui mit assez longtemps à se résorher. Disparition de l'hématurie; diminution de l'albuminurie. A partir de ce moment, continuation du *statu quo* pendant trois semaines, malgré l'institution du régime lacté, avec digitale et acétate de potasse à l'intérieur. Dans la suite, l'état général s'améliora; la malade se sentit plus de vigueur; elle put se lever une partie de la journée. Comme elle ne supportait plus la pilocarpine, le médecin lui prescrivit de l'iodure de potassium (6 gr. pour 200 gr. d'eau, quatre fois par jour une cuillerée à bouche). Ce nouveau traitement fut inauguré le 30 mars dernier. Dès le premier jour, la malade ressentit des chaleurs à la peau et un peu de céphalalgie. Le lendemain, elle ne prit que trois cuillerées de la solution; déjà elle était affectée du coryza. En outre, une pustule blanche était éclose sur le nez; on l'ouvrit avec une aiguille. Le médecin revit la malade le 1er avril. Elle avait la face bouffie; le nez paraissait élargi du double de sa dimension normale; les lévres et les paupiéres étaient fortement tuméfiées; à travers la fente palbébrale s'écoulait un pus de mauvais aspect. La figure, la tête et le cou étaient couverts d'une quantité innombrahle de pustules, de papules et de bulles irrégulièrement disséminées, de dimensions et de formes trée variables. Les pnstules et les papulles, moins nombreuses que les bulles, présentaient les caractères ordinaires de l'acné iodique. Lee bulles les plus petites ressemblaient á de petites plaques ortiées, grisâtres, quelques-unes rougeâtree, d'un aspect diaphane, dû à ce qu'elles contenaient une sérosité sanguinolente. Par leur confluence, elles formaient de ci de là nne plaque à contour dentelé. Les bulles les plus volumineuses avaient l'étendue d'un ongle (dn ponce); la plupart avaient également un contenu sanguinolent. Les autres étaient ramollies à leur centre; une piqûre, faite à ce niveau, donnait issue à une gouttelette de liquide trouble, purulent. Le reste du contenu de la bulle était formé par une masse grisâtre, comme macéré.

L'éruption envahit le tronc, les membres, les muqueuses accessibles à la vue; sialorrhée et aphonie. Dans les sécrétions et excrétions physiologiquee, il fut impossible de déceler la moindre trace d'iode. Pas de diarrhée. T. 37° 7. Comme traitement, déeinfection de la bouche avec du permanganate de potasse. Application sur la face, de compresses imbibées d'une solution d'extrait de saturne. Alimentation fortement amylacée.

Le lendemain, l'état général était très satisfaisant. La malade rendit par les selles environ trois grandes cuillerées de sang. Les bulles se mirent à crever, laissant à leur place des ulcérations assez profondes, recouvertes de lambeaux d'épithélium macéré. Une de ces ulcérations, placée au siège, se transforma en decnbitus; il fallut faire transporter la malade à l'hôpital, où elle succomba le 8 avril. Pas d'autopsie.

L'auteur développe les raisons qui permettent d'affirmer qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une éruption causée par l'iodure de potassium. Il ne connaît qu'un fait, celui de Marrow (JOURNAL OF CUTANEOUS AND VENERAL DISEASES, t. IV, fasc. 4) ayant des analogies avec le sien; toutefois, le malade de Marrow avait ingéré une dose relativement forte d'iodure (900 grammes d'une solution à 3.75 0/0).

III. Un homme de 27 ans, qui avait contracté la syphilis cinq années auparavant, avait subi une première cure par les frictions, puis une autre par les injections sous-cutanées de bicyanure de mercure. A différentes reprises on lui avait fait prendre, en outre, de l'iodure de potassinm (0,5 à 1 gramme *pro die*) et chaque fois il avait présenté des symptômes de l'iodisme aigu, qui ne duraient du reste que fort peu de temps, malgré que la médication fût continuée. Plus de traitement depuis 1883. Dans l'intervalle, le malade devint gonteux. Nodosités aux deux pieds. En 1885, réapparition des accidents syphilitiques. Nouvelle cure par l'iodure de potassium (3 grammes par jour). Manifestation de l'iodisme aigu dès le début, ensuite, à partir du quatriéme jour, hypéresthésie de la plante des pieds avec battements et tiraillements douloureux principalement la nuit. Léger gonflement aux deux pieds.

La médication fut continuée pendant deux semaines, puis snspendue; déjà, quelques heures après, les douleurs aux pieds ont disparu. A deux reprises différentes, on recommença l'expérience avec des doses de 0,2 d'iodure de potassium *pro die*; les douleurs paroxystiques ont reparu chaque fois, avec les mêmes caractères et la même localisation. Eu égard à leur acuité et à l'exaspération que déterminait la compression des métatarsiens, l'auteur attribue ces douleurs à une inflammation périostée causée par l'iodure de potassium.

Comme autre manifestation fréquente de l'iodisme aigu, l'auteur mentionne la pleurodynie.

IV. Le *pain-expeller* est un remède secret très en vogue dane certains districts de l'Allemagne, de la Pologne et de l'Amériqne, et qui contient comme principaux ingredients, de la

teinture de poivre d'Espagne (25 parties), de l'alcool dilué (20 parties), et de l'esprit de sel ammoniacal (idem). M. Meschede publie l'observation d'une femme qui a présenté les symptômes d'une intoxication grave, après avoir usé de ce remède, par prises de 10 à 20 gouttes plusieurs fois par jour, voire, vers la fin, environ 50 à 60 gouttes en une fois. Dès le début, elle avait ressenti de l'abattement, avec nausées, vertiges. Le 27 janvier dernier, en descendant les escaliers, elle tomba sans connaissance, à la suite d'un accès de vertige. On la transporta à l'hôpital, en état d'asphyxie et de coma. Elle avait la peau cyanosée, la respiration très pénible, le pouls misérable. Elle rendit en vomissant environ 100 grammes de sang, en partie caillé, en partie mélangé avec du mucus. Pas de traces de corrosion de la muqueuse buccale. Par le lavage de l'estomac, on retira un liquide contenant des masses floconneuses teintées de sang; on fit un second lavage avec de l'eau chargée de magnésie calcinée. Traitement : bain tiède; vin, teinture de valériane, café. Le malade ne se rétablit qu'au neuvième jour après son entrée à l'hôpital. Les principaux accidents notés pendant cette période de neuf jours ont été : vomissements, douleur à l'épigastre, refroidissement des extrémités, sueurs froides, avec teinte livide de la peau, petitesse et rapidité du pouls (132), hémorrhagies par le rectum et le vagin, céphalalgie, battements dans la tête, œdème des paupières (au septième jour).

L'auteur s'attache à démontrer que la plupart de ces symptômes sont imputables à un empoisonnement par le sel ammoniacal contenu dans le *pain-expeller*.

E. Ricklin.

REVUE DES THÈSES

Les eaux potables et le choléra de 1885, par L.-H. Thoinot. — Thèse de Paris, 1886.

L'auteur de cette thèse soutient cette opinion, que la distribution géographique des régions de la France atteintes par le choléra prouve encore une fois de plus la fréquence du mode de propagation de cette épidémie par les cours d'eau et surtout par ceux de peu d'importance. M. Thoinot conclut d'observations très précises puisées dans les pays contaminés que l'eau est par excellence l'agent propagateur du choléra soit à petite, soit à grande distance; que le choléra se développe manifestement autour de puits, de fontaines, dont l'eau a été souillée par le germe cholérique; dans un pays alimenté par deux sources, l'une de mauvaise qualité, l'autre potable, le choléra frappera les tributaires de la première en proportion beaucoup plus considérable que ceux de la seconde; de plusieurs agglomérations frappées par l'épidémie cholérique, toutes les autres conditions d'hygiène étant égales d'ailleurs, celles-là souffriront moins de l'épidémie qui auront des eaux de meilleure qualité.

E. R.

Traitement de l'angine diphtéritique par le perchlorure et l'oxychlorure de fer magnétique, par E. Laurent. — Thèse de Paris, 1886.

L'auteur passe en revue les diverses médications locales de la diphtérie et expose les avantages et les inconvénients de deux des principaux procédés : les badigeonnages à l'eau de chaux et ceux au perchlorure de fer. Il propose de remplacer le perchlorure de fer par un sel de fer qui diffère du premier par son mode de préparation, corps complexe, composé d'un perchlorure et d'un oxychlorure de fer magnétisé et renfermant de l'eau oxygénée, du protoxyde et du bioxyde d'azote. Ce corps s'emploie en badigeonnages sur les fausses membranes, ne causant absolument aucune douleur; il jouit, en outre, de propriétés antiseptiques et anesthésiques; son emploi n'offre aucun danger.

E. R.

Parallèle entre le forceps et la version, dans les rétrécissements moyens du bassin, par le docteur H. Lardemer. — 1886.

L'auteur consacre son premier chapitre à l'historique de la question; il fait connaître l'opinion de la plupart des auteurs et les théories diverses qui ont été émises.

Les chapitres suivants traitent du diagnostic du rétrécissement du bassin; rapportent les expériences faites, les arguments donnés, les observations recueillies, soit en faveur du forceps, soit en faveur de la version. Les conclusions sont les suivantes :

Dans les rétrécissements moyens, la présentation du siége est plus favorable que celle du sommet. Dans la présentation du sommet, si le fœtus est macéré, le travail se terminera presque toujours spontanément, par suite de la grande réductibilité de la tête; s'il est mort pendant le travail, on pratique la craniotomie. — Si le fœtus est vivant et à terme, après avoir attendu le plus long temps possible, si la tête n'a aucune tendance à s'engager au détroit supérieur, on tentera une application du forceps; on tentera une deuxième, et même une troisème application, à plusieurs heures d'intervalle, si l'on ne réussit pas, lorsque l'état de la mère et du fœtus le permettront.

Après une troisième application du forceps, craniotomie et même céphalotripsie à broyements multiples.

On réservera la version pour les bassins obliques-ovalaires, lorsque le forceps n'aura pas réussi.

Du traitement des avortements, par le docteur E. Genesteix.

Dans ce travail se trouve dissertée la question de savoir si, dans les cas de rétention du placenta et des membranes, la méthode de l'intervention est préférable à celle d'expectation. Des 54 observations recueillies, l'auteur croit pouvoir conclure que l'expectation donne les meilleurs résultats.

Le céphalotribe, son histoire, ses modifications depuis son origine; le nouveau Céphalotribe de M. le professeur Pajot. — Paris, 1886, — par le docteur Edmond Bonnel.

Historique complet; description claire de l'instrument nouveau proposé par le professeur Pajot, — deux figures aident à la description.

Le but pratique du nouveau céphalotribe est d'empêcher la tête fœtale de remonter, de fuir sous l'influence du rapprochement des branches; le résultat est obtenu au moyen des ailettes dont l'extrémité de chaque branche est pourvue.

Des expériences et des observations, il appert qu'avec l'instrument on obtient le broiement certain de la base du crâne, sans qu'il soit besoin de confier à un aide la manœuvre du maintien de la tête; une prise solide, sans crainte de dérapement.

Ayant eu l'occasion de voir et de manier le nouvel instrument, nous sommes heureux, en signalant cette thèse, très bien conçue, de pouvoir le recommander aux accoucheurs.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ALBUMINURIE DU TRAVAIL, par le docteur Louis FOURNIAL.

D'après l'auteur, l'albuminurie due au travail est assez fréquente; elle se produit surtout chez les primipares; elle reconnaît pour cause une influence purement mécanique; le plus souvent légère, quelquefois assez intense, elle disparaît dans les 24 à 48 heures qui suivent l'accouchement; — elle ne réclame enfin ni médication, ni intervention de l'accoucheur.

MARIUS REY.

NOTES & INFORMATIONS

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (2e session du 18 au 24 octobre 1886, à Paris).

Ordre des séances :

Les séances auront lieu à l'École de Médecine dans le grand amphithéâtre.

Lundi, 18 octobre.—A deux heures : séance d'inauguration; discours du président; compte rendu financier du secrétaire général. — Communications : Professeur Jacques Reverdin (de Genève): contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde; — docteur Thiriar (de Bruxelles): sur l'analyse des urines en chirurgie abdominale; — professeur Guyon (de Paris) : des indications et contre-indications de la lithotritie.

Mardi, 19 octobre.— A 9 heures et demie du matin: nature, pathogénie et traitement du tétanos. — A 3 heures, questions diverses.

Mercredi, 20 octobre. — A 9 heures et demie du matin : de la néphrotomie, et de la néphrectomie. — A 3 heures : questions diverses.

Jeudi, 21 octobre. — Pas de séance. Visites et démonstrations dans les hôpitaux.

Vendredi, 22 octobre. — A 9 heures et demie du matin : des résections orthopédiques. — A 3 heures : questions diverses.

Samedi, 23 octobre.— A 9 heures 1/2 du matin : de l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles. — A 3 heures : séance de clôture ; nomination du bureau pour la prochaine session; questions diverses.

AVIS. — Les membres de la 2e session qui ne posséderaient pas le premier volume des Comptes rendus sont prévenus qu'ils peuvent se le procurer chez l'éditeur M. Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, avec un rabais de 4 fr. (10 fr. au lieu de 14 fr., prix fort), sur la simple présentation de leur quittance pour la cotisation de la 2e session.

— L'ordre du jour des séances de chaque jour sera publié la veille.

— Des salons de lecture et de réunion sont mis à la disposition de MM. les membres du Congrès, au Café Soufflet, rue des Écoles, au 1er étage.

Un déjeuner, à prix fixe, y sera servi de midi à une heure, pendant la durée du Congrès.

— Les membres du Congrès qui désirent prendre part au Banquet qui aura lieu à l'Hôtel Continental, le jeudi 21 octobre, à 7 h. 1/2, sont priés de se faire inscrire, dès le 18, auprès du Secrétaire général.

— Les billets de demi-place sont valables :

Du 16 au 26 octobre pour les chemins de fer de l'État;
Du 14 au 25 — pour la ligne de Lyon.

Pour les chemins de fer de l'État, il suffira pour l'aller de présenter au guichet du départ la carte de membre du Congrès; pour le retour on présentera au guichet de la gare de Paris cette même carte où l'on aura dû faire apposer le timbre du Congrès.

Les billets de demi-place délivrées par la Cie de Lyon sont envoyés directement aux membres qui en ont fait la demande au Secrétariat général avant le 1er septembre.

— S'adresser pour toutes les rectifications et tous les renseignements à M. le Dr S. Pozzi, Secrétaire général, 10, place Vendôme, à Paris.

— TRAVAIL DES ENFANTS ET DES FILLES MINEURES EMPLOYÉS DANS L'INDUSTRIE. — D'un rapport officiel adressé à M. le président de la République, sur l'application de la loi du 19 mai 1874, pendant l'année 1885, il résulte que sur tout le territoire français 40,810 établissements ont été visités dans les 21 circonscriptions d'inspection du travail des enfants et des filles mineures employés dans l'industrie. Le nombre des personnes protégées par cette loi tend à décroître; l'emploi des enfants de dix à douze ans disparaît aussi de plus en plus, en raison des difficultés que présente l'organisation du travail de demi-temps et des perfectionnements introduits dans l'outillage; la durée du travail, fixée à douze heures, n'est généralement pas dépassée; de même, les conditions exceptionnelles du travail de nuit, les dimanches et jours fériés, sont généralement observées. Par contre, il a fallu sévir contre de nombreux cas de surcharge et de travaux excédant les forces des enfants; si les conditions d'hygiène des locaux où ils travaillent sont généralement assez satisfaisantes dans les grands établissements industriels, il n'en est pas de même dans les petits ateliers, surtout à Paris et dans les grandes villes. En outre, les conditions de sécurité pour le travail manquent souvent; il y a eu, en 1885, 182 accidents d'enfants au-dessous de seize ans, dont plusieurs suivis de mort; beaucoup d'autres ont dû avoir lieu, que les industriels se sont efforcés de cacher. Quoi qu'il en soit, les résultats constatés en 1885 sont beaucoup plus favorables que pour les années précédentes; ils témoignent des avantages que l'exécution de cette loi commence à permettre de recueillir. (GAZ. HEBDOM.)

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les examens de la session d'octobre pour les aspirantes élèves sages-femmes de la clinique d'accouchements de la Faculté, commenceront le jeudi 7 octobre 1886, à neuf heures du matin.

— Les travaux pratiques d'anatomie pathologique pour l'année scolaire 1886-1887 commenceront le lundi 11 octobre 1886.

MM. les étudiants pourvus de douze inscriptions sont priés de se faire inscrire à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, laboratoire d'anatomie pathologique, pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et vendredis, à partir de ce jour et jusqu'au mardi 16 novembre inclus, de une heure à deux heures de l'après-midi. Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— Le registre d'inscriptions pour le premier trimestre de l'année scolaire 1886-1887 sera ouvert le jeudi 14 octobre; il sera clos le samedi 20 novembre, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1º Inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 14, vendredi 15, samedi 16, mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22, samedi 23, mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 octobre, et les mercredi 3, jeudi 4, vendredi 5, samedi 6 novembre (La neuvième inscription de doctorat sera délivrée aux mêmes jours);

2º Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième année d'officiat, les jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19 et samedi 20 novembre.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 9 novembre 1886.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1885-1886. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur; les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 11 octobre, les lundi et mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 11 et le mardi 12 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Son dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen de la Faculté, sur leur demande écrite : 1º les étudiants ayant seize inscriptions; 2º les docteurs français; 3º les docteurs et étudiants étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 francs, payables en une seule fois.

Les cartes d'étudiant en médecine, pour l'année scolaire 1886-1887, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir le jeudi 14 octobre 1886, à quatre heures du soir, pour la nomination aux places vacantes en 1877 d'externes des hôpitaux et hospices civils de Paris, vient d'être tiré au sort. Les membres désignés sont MM. les docteurs Ballet, Bazy, Chantemesse, Gaucher, Hirtz (Edgard), Marchant et Richelot.

***

Faculté de médecine de Lille. — M. Lemoine, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de thérapeutique et de matière médicale.

M. Lambling est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie médicale.

M. Assaky, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'anatomie.

M. de Lapersonne, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire d'ophthalmologie, en remplacement de M. Cuignet, démissionnaire.

M. Lescœur, professeur de chimie médicale, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie minérale et toxicologie à ladite Faculté.

M. Demon, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours complémentaire d'accouchements.

***

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Carrieu, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours d'anatomie pathologique et histologie.

M. Bimar, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887 d'un cours d'anatomie.

M. Mossé, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de thérapeutique et matière médicale.

M. Gilis, agrégé, est chargé, en outre, temporairement, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

***

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Blarez, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie à ladite Faculté.

***

École de médecine de Clermont. — M. Ledru, professeur de pathologie externe est nommé, pour trois ans, directeur de ladite École.

M. Gros, licencié ès sciences, est institué, pour neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

***

Bureau de bienfaisance. — M. le docteur P. Birabeau a été élu médecin du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement.

***

Hospices de Grenoble. — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint des hospices de Grenoble sera ouvert le 13 décembre 1886, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

***

— Par décret en date du 28 septembre 1886, l'Association française pour l'avancement des sciences et l'Association scientifique de France, fondée par Le Verrier en 1864, toutes deux reconnues d'utilité publique, forment une seule et même association.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 26 septembre au samedi 2 oct. 1886

Fièvre typhoïde 28 — Variole 2. — Rougeole 11. — Scarlatine 3. — Coqueluche 10. — Diphthérie, croup 20 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 4 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 33. — Phthisie pulmonaire 181. — Autres tuberculoses 16 — Autres affections générales 57 — Malformation et débilité des âges extrêmes 35. — Bronchite aiguë 26 — Pneumonie 41. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 57. — au sein et mixte 66. — Inconnu 13. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 55. — de l'appareil circulatoire 61. — de l'appareil respiratoire 64. — de l'appareil digestif 39 — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, arti-

culations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 27.— Causes non classées 16. — Total de la semaine : 903 décès.

Fournitures de **librairie** *et* **impression** *de mémoires, brochures, etc., etc. — Octave Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon.*

Toute demande de livres édités *personnellement* par M. Doin, dépassant 30 francs et accompagnée d'un mandat postal ou d'une valeur sur Paris, sera servie franche de port, partout où parviennent les colis postaux, avec une remise de 15 0/0 sur les prix marqués.—Sur tous les autres ouvrages scientifiques ou littéraires publiés par les autres éditeurs, la remise ne serait que de 10 0/0 et l'envoi franc de port.— Sur les demandes inférieures à 30 francs, ou sur les ouvrages expédiés par la poste, aucune remise ne peut être accordée.

Pour les impressions : Les conditions seront à débattre préalablement avec M. Doin, qui fournira des devis et traitera à forfait.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité pratique et descriptif des maladies de la peau, par Alfred Hardy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, etc. Un volume in-8 de 1240 pages. — Prix, cartonné : 13 fr. — Paris, 1886, librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Tumeurs du mésentère, par le docteur Augagneur, chirurgien en chef de l'Antiquaille, etc., etc. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Des septicémies gangréneuses, par le docteur Porque. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Du traitement chirurgical des calculs vésicaux chez la femme, par le docteur Curtil-Royer. In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Microbes et maladies, par le docteur J. Schmitt, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Un vol. in-18 jésus de 300 pages, avec figures — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1886, librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Du sulfate de spartéine comme médicament cardiaque et de l'influence des fleurs de genêt comme diurétique, par L. Legris. In-8. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechoaart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 35, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

ETIOLOGIE

ETIOLOGIE DU TÉTANOS, par le docteur F. RAYMOND, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital St-Antoine (1).

Si on compulse les publications parues jusque dans ces derniers temps et où il est question du tétanos spontané, on constate que l'étiologie de cette affection se résume dans ces deux facteurs : l'exposition au froid, l'influence du climat et de la race.

L'action du froid et surtout du froid humide se trouve notée dans presque toutes les observations de tétanos survenu indépendamment de tout traumatisme apparent. Cette influence joue d'ailleurs un rôle considérable comme cause prédisposante du tétanos traumatique, ainsi que l'a fait ressortir M. Mathieu dans l'article consacré à la forme chirurgicale de la maladie. L'exposition au froid et le rapport apparent qu'elle présente avec le développement du tétanos ont été notés par les malades dans un grand nombre de cas de tétanos spontané. Tantôt le sujet, se trouvant en sueur, a été exposé à une pluie battante, à un courant d'air; tantôt il a passé d'une atmosphère très chaude dans une atmosphère froide; plus rarement il a été saisi de froid au sortir d'un bain, dans les vingt-quatre heures qui ont précédé l'apparition des premiers symptômes du tétanos, et alors le *post hoc propter hoc* s'impose à l'esprit du médecin et du vulgaire.

D'autre part, il est acquis que le tétanos spontané affecte une fréquence exceptionnelle dans certaines contrées, voire qu'il règne à l'état endémique dans quelques pays intertropicaux, en particulier dans les Antilles et à la Guyane : on a voulu faire de ce tétanos une forme spéciale, sous le nom de *tétanos des pays chauds*. Il est à remarquer que cette fréquence effrayante du tétanos, dans les pays en question, n'est pas en rapport avec le degré de la chaleur. Les médecins de la marine, qui l'ont observée aux Antilles et à la Guyane, sont d'accord pour reconnaître que ce sont les brusques transitions de température, survenant dans des contrées humides, qui semblent créer cette prédisposition au tétanos. Il est bien entendu que la forme traumatique et la forme spontanée participent également à cette influence prédisposante du climat. On a voulu faire intervenir une influence de race, on a prétendu qu'aux Antilles, à la Guyane, les nègres étaient plus exposés aux atteintes du tétanos que les blancs. Nous dirons ce que cette opinion a de discutable. Enfin, on a constaté que dans les pays chauds où le tétanos règne côte à côte avec les fièvres paludéennes, ces deux fléaux paraissent souvent associer leurs ravages dans le même organisme, qu'il résulte de cette alliance des formes mixtes, tenant à la fois de l'une et de l'autre affection.

Voilà à quoi se réduisent les notions étiologiques qu'on trouve dans les auteurs au sujet du tétanos spontané. Elles reposent sur des faits dûment observés, et qui paraissent inattaquables en présence du témoignage unanime des observateurs. Or, relativement à l'influence du froid, il vient à l'esprit une objection qui a été soulevée à propos de la plupart des maladies dites *à frigore :* Comment se fait-il que dans nos climats cette influence banale, quand elle s'exerce simultanément sur un grand nombre d'individus, n'engendre le tétanos que chez l'un ou l'autre à peine ? Relativement à l'influence du climat, on peut se demander aussi pourquoi, étant donné un certain nombre de pays qui participent aux mêmes conditions météorologiques et sont exposés aux mêmes variations de température, le tétanos sévit endémiquement dans les uns et non dans les autres.

Les relations que le tétanos entretient avec la fièvre paludéenne dans certaines contrées, où les deux fléaux se font en quelque sorte concurrence au point de vue des ravages produits, étaient de nature à faire germer dans l'esprit l'idée d'une origine semblable. La fièvre paludéenne étant reconnue pour une maladie miasmatique, on pouvait se demander s'il n'en était pas ainsi du tétanos, ou pour le moins du tétanos des pays chauds. La même idée était venue à certains chirurgiens pour ce qui concerne le tétanos traumatique, devant l'impossibilité où l'on se trouvait et où l'on se trouve encore de résoudre, d'une façon satisfaisante, le problème étiologique et pathogénique de cette affection, avec les causes si multiples qu'on lui assigne. Seulement, les chirurgiens, tout en reconnaissant que l'intervention d'un contage extérieur jetait pleine lumière sur l'étiologie du tétanos traumatique, ont repoussé l'origine miasmatique de cette affection en invoquant le manque de preuves à l'appui. C'est la conclusion à laquelle s'est arrêté M. Mathieu dans son article TÉTANOS CHIRURGICAL.

Or, cette question de la nature miasmatique ou infectieuse du tétanos a fait l'objet de recherches expérimentales du plus haut intérêt, dont les résultats n'ont été publiés que tout récemment. Les conséquences qui en découlent s'appliquent indifféremment au tétanos traumatique et au tétanos spontané, et comme les recherches en question ont été passées sous

(1) Extrait de l'article TETANOS MÉDICAL qui paraîtra dans un prochain fascicule du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.

silence par M. Mathien, nous croyons devoir en faire un exposé détaillé.

Nous disions un peu plus haut que, depuis longtemps déjà, l'idée de l'origine infectieuse du tétanos avait germé dans l'esprit de quelques chirurgiens. On trouvera des renseignements sur ce point spécial dans une revue critique publiée ces temps derniers (mars 1886) par M. Ozenne. L'auteur de ce travail montre que la priorité de l'hypothèse qui fait du tétanos une affection infectieuse revient à Benjamin Travers fils. Le premier, Travers émit cette vue de l'esprit que les accidents du tétanos sont causés par la présence d'un agent tétanigène dans les vaisseaux du malade. Cette opinion fut adoptée par Richardson, par Panum, par le chirurgien allemand Rose et par Billroth, qui, dans son ouvrage bien connu de *Pathologie générale chirurgicale*, a écrit ces lignes : « Je considère cette affection (le tétanos) comme une maladie d'intoxication spécifique, sans cependant être en état d'apporter des preuves à l'appui de cette opinion. »

En 1869, la question entre dans une phase nouvelle. On cherche à obtenir par voie expérimentale les preuves de la nature infectieuse du tétanos. MM. Arloing et Tripier essaient d'inoculer le tétanos (traumatique) de l'homme à des animaux. Ils injectent dans les vaisseaux, à des lapins et à des chiens, du pus et du sang recueillis sur des cadavres de blessés morts du tétanos. Ces expériences n'ont donné que des résultats négatifs, et il en a été de même de celles qui ont consisté à injecter à un cheval sain du sang recueilli sur un cheval tétanique.

Même insuccès dans les expériences, beaucoup plus récentes (1882), de M. Nocart. Ces expériences ont été de deux espèces : dans une première série, M. Nocart a recueilli du liquide céphalo-rachidien sur un cheval qui avait succombé au tétanos après dix jours de maladie ; les échantillons de ce liquide ont été injectés dans la cavité rachidienne chez un bouc et un mouton, dans le tissu sous-cutané de la cuisse chez une chèvre, et dans le péritoine chez deux chats. Dans une autre série d'expériences, des inoculations ont été faites à deux chèvres avec des matières (liquide céphalo-rachidien, émulsion du bulbe rachidien) recueillies sur un cheval affecté du tétanos depuis cinq jours. Le résultat a été négatif sur toute la ligne ; à noter que les animaux sont restés en observation pendant plus de six mois.

Tout autres ont été les résultats obtenus par Carle et Rattone en Italie, par Nicolaïer, Flügge et Rosenbach en Allemagne. Carle et Rattone, ayant eu dans leur service d'hôpital un malade qui succomba aux symptômes du tétanos, après trois jours de maladie, profitèrent de l'occasion pour faire des inoculations sur des animaux. Selon toute apparence, le tétanos chez ce malade avait eu pour point de départ une pustule d'acné siégeant au côté droit du cou et que le malade avait irritée en se grattant. La pustule et la zone d'infiltration avoisinante furent enlevées sur le cadavre avec des instruments rougis au feu. Une partie de la substance excisée fut mise dans de l'eau distillée, et l'émulsion ainsi obtenue servit à faire des injections sous-cutanées à des lapins. L'examen microscopique avait démontré d'ailleurs que cette émulsion renfermait en nombre considérable des microbes de formes variées. Le nombre des animaux inoculés a été de douze. La quantité du liquide injecté à chacun a été des deux tiers de la capacité d'une seringue de Pravaz ordinaire. Les injections ont été faites de préférence dans les masses musculaires du dos, ou dans le tissu cellulaire qui avoisinait le nerf sciatique préalablement mis à nu, deux fois dans le canal rachidien. Tous les animaux, à l'exception d'un seul, ont présenté les phénomènes suivants : le troisième ou le quatrième jour après l'injection, ils se montraient abattus et refusaient la nourriture qu'on leur donnait ; de temps à autre, leurs membres étaient agités par du tremblement. Le lendemain, les muscles de la nuque étaient fortement contracturés ; la respiration était pénible et accélérée, avec élévation de la température interne. Pendant cette période, qui avait une durée de trois à quatre jours, la moindre excitation, le moindre bruit, l'exposition à un courant d'air suffisaient pour exagérer l'opisthotonos, pour produire la contracture aux membres et l'arrêt de la respiration. Les accès de contracture allaient en se rapprochant jusqu'à la mort des animaux. Une partie de l'émulsion déposée dans un vase clos stérilisé, maintenu à la température de 0 degré, conservait encore son activité pathogène au bout d'un mois. En poursuivant leurs expériences, Carle et Rattone ont réussi à transmettre le tétanos des lapins inoculés précédemment à deux autres lapins ; comme matière à inoculation, ils ont utilisé des fragments de substance nerveuse excisés sur des nerfs compris entre le rachis et la piqûre d'inoculation chez un des animaux de la première série d'expériences. Les inoculations faites avec du sang recueilli sur des animaux affectés de ce tétanos expérimental ont été négatives. Il en a été de même des expériences de contrôle, consistant à injecter à d'autres lapins, au nombre de huit, des matières septiques : les animaux sont tombés malades, cela est vrai, mais n'ont présenté ni la contracture des muscles de la nuque et du dos, ni cette exagération si marquée du pouvoir excito-moteur, ni aucun trouble de la respiration.

Vers la même époque (1884), Nicolaïer a fait connaître les résultats d'expériences consistant à injecter sous la peau, à des lapins et à des cobayes, de la terre végétale ; les résultats qu'il a obtenus se résument en ceci : qu'il existe dans la terre végétale des micro-organismes (bacilles) qui, en pénétrant dans une plaie profonde pratiquée à des souris, à des lapins ou à des cobayes, communiquent à ces animaux un tétanos mortel. Les spores de ces bacilles paraissent être très répandues dans les couches les plus superficielles du sol, car, sur dix-huit échantillons de terre recueillis à Gœttingue et ayant servi à des inoculations, douze ont donné des résultats positifs. Il en a été de même encore pour les inoculations qui ont été faites avec de la terre recueillie sur la voie publique, dans les rues de Berlin, de Leipzig, de Wiesbaden, et conservée pendant plusieurs années. La symptomatologie de ce tétanos expérimental différait suivant le siège de l'inoculation, occupant tantôt le membre supérieur, tantôt le membre inférieur du côté de la piqûre, cela au début ; car, au bout de quelques heures, la contracture s'étendait au membre homologue du côté opposé, puis aux muscles du tronc et de là à l'autre paire de membres. Pendant la période d'état de ce tétanos, les muscles extérieurs étaient par moments agités de spasmes cloniques, qui survenaient spontanément ou sous l'influence de la moindre excitation. Presque toujours les animaux ont succombé. En recueillant un peu de pus au siège de la piqûre, pour l'inoculer à des animaux de la même espèce, Nicolaïer a réussi encore à développer les mêmes accidents, preuve que ce tétanos expérimental est transmissible d'un animal à l'autre. Ce tétanos de seconde génération présente quelques caractères particuliers, à savoir une durée d'incubation plus courte (de

quinze à vingt heures), une évolution plus rapide, une gravité plus grande.

D'autre part, les échantillons de terre, qui possédaient au plus haut degré l'aptitude à développer le tétanos expérimental, perdaient toute activité pathogène après avoir été exposés pendant une heure à une température de 90 degrés centigrades. Cette circonstance et le fait de la durée relativement considérable de la période d'incubation ont fait supposer à Flügge et à Nicolaïer que ce tétanos expérimental n'était pas une intoxication causée par un poison chimique, mais une infection engendrée par un micro-organisme pathogène. Les recherches microscopiques, entreprises en vue d'élucider cette question, ont démontré que le pus recueilli au siège des piqûres d'inoculation était très riche en micrococques et en bacilles de formes très variées, qu'une espèce de bacilles s'y montrait d'une façon constante et prédominait, dans quelques cas, de la façon la plus manifeste. Ces bacilles sont très grêles, très allongés, un peu plus longs et un peu plus épais que les bacilles de la septicémie des souris (Koch). La meilleure manière de les mettre en évidence est de les colorer avec de la fuchsine. Ils ont été rencontrés également dans l'épaisseur des parois de la pochette formée par la piqûre d'inoculation, et ils pénétraient plus avant dans le tissu cellulaire circonvoisin que les autres micro-organismes pathogènes; dans l'un ou l'autre cas, leur présence a même été constatée dans la gaîne du nerf sciatique et dans la moelle. On s'explique ainsi pourquoi les inoculations faites avec du sang, des particules de foie, de rate, de muscles, de peau, de nerfs, de moelle, ont donné des résultats très incertains, contrairement à ce qui avait lieu avec le pus; sur 32 inoculations faites avec du sang ou des particules d'organes indiqués ci-dessus, 11 seulement ont été suivies de l'apparition des symptômes du tétanos, avec terminaison mortelle, tandis que, sur 88 inoculations faites avec du pus, 64 ont abouti à un tétanos mortel.

Les tentatives faites au laboratoire de Gœttingue pour obtenir des cultures pures du microbe pathogène du tétanos expérimental se sont heurtées à de grandes difficultés. Les ensemencements faits à la surface des plaques de gélatine de culture, à la température ordinaire de la chambre, ont échoué. Les résultats ont été meilleurs avec les ensemencements faits dans la profondeur de serum coagulé et maintenu, pendant deux ou trois jours, à la température du four à incubation; mais les îlots de microbes, qui se formaient dans ces conditions, renfermaient toujours, à côté des bacilles longs et grêles considérés comme spécifiques, d'autres micro-organismes. Néanmoins les inoculations faites avec ces cultures à des lapins, à des souris, à des cobayes, ont donné des résultats positifs; même avec des produits de culture de septième génération, il a été possible de provoquer le tétanos expérimental, et en inoculant des quantités très minimes de sérum (1/2 à 1 goutte de serum chez les souris), la durée d'incubation était très courte et les accidents d'une grande gravité.

Rosenbach (de Gœttingue) est arrivé à des résultats qui sont en parfaite harmonie avec ceux de Flügge et de Nicolaïer. Les expériences de Rosenbach ont été faites à l'occasion d'un cas de tétanos survenu à la suite d'une gelure des pieds qui avait occasionné la gangrène aux pieds et à une partie des jambes. Quatre semaines plus tard, le malade avait été pris des symptômes du tétanos qui l'emporta le lendemain de son entrée à l'hôpital. Une ligne de démarcation très nette séparait la zone de mortification des parties saines de la plaie. Au niveau de cette ligne, il s'était fait une suppuration assez marquée. Une heure après la mort du sujet, Rosenbach recueillit sur le cadavre des fragments de chair de l'un des pieds, là où les tissus n'étaient pas encore envahis par la putréfaction. Il inocula ces particules de tissu mortifié, sous la peau de la cuisse, à deux cobayes. Le lendemain, les deux animaux présentaient une contracture très intense des muscles; tous les deux ont péri dans le courant de ce même jour. D'autres inoculations, faites avec des particules de tissus recueillies à une certaine distance du point qui avait fourni les premiers matériaux d'inoculation, ont été pratiquées sur d'autres animaux, sans résultat. Par contre, Rosenbach a réussi à développer le tétanos expérimental à plusieurs séries successives de cobayes, puis à des souris, en inoculant une première série d'animaux avec les produits morbides provenant des deux premiers cobayes. Il a constaté une similitude parfaite, dans la symptomatologie de ce tétanos expérimental, entre ses expériences et celles de Nicolaïer : l'évolution du tétanos était en rapport avec le siège de l'inoculation. Quand celle-ci était faite à l'un des membres postérieurs, après une période d'incubation de douze heures, l'animal devenait rigide et se recourbait du côté de la piqûre. La raideur tétanique envahissait bientôt le membre postérieur homologue; les griffes étaient écartées l'une de l'autre, le dos du pied porté en dehors La contracture s'étendait successivement au membre postérieur du côté opposé, aux muscles du dos (cyphose de la colonne vertébrale), aux pattes de devant, aux muscles masticateurs; le moindre attouchement déterminait un paroxysme tétanique. La respiration, d'abord pénible et ralentie, devenait de plus en plus superficielle; l'animal succombait dans l'espace de vingt-quatre heures. Les choses se passaient différemment quand l'inoculation était faite au membre antérieur; d'abord le membre avoisinant devenait immobile, puis il était fixé dans l'extension et la pronation par la rigidité tétanique; en même temps survenait du frisson. La raideur tétanique s'étendait de proche en proche du côté de la piqûre; au bout de dix-huit heures, toute cette moitié du corps était incurvée en demi-cercle; les animaux succombaient au bout de vingt-quatre heures environ. Chez le cobaye, les choses se passent à peu près de la même façon que chez le lapin, si ce n'est que la période d'incubation est plus longue (vingt-quatre à trente-six heures) et que les convulsions cloniques généralisées affectent une plus grande violence. Rosenbach, dans les considérations qu'il a fait valoir pour établir l'analogie de ce tétanos expérimental avec le tétanos de l'homme, a insisté sur ce que, dans ce dernier cas, la symptomatologie est notablement différente suivant que le tétanos est consécutif à une plaie de tête ou à un traumatisme intéressant les membres. Quant à mettre la raideur tétanique qui constitue le phénomène essentiel de ce tétanos expérimental sur le compte d'une névrite ascendante, comme on pourrait être tenté de le faire, c'est une objection qui tombe devant les résultats négatifs des recherches de Nicolaïer et de Rosenbach sur les nerfs des animaux qui ont servi à leurs expériences. Enfin, en ensemençant les produits morbides recueillis sur les animaux qui avaient succombé au tétanos expérimental, Rosenbach a réussi à isoler un bacille qu'il considère comme le bacille spécifique du tétanos. Les cultures pures de ce bacille, inoculées à un animal, développaient en peu de temps des accidents tétaniques d'une extrême violence. Une fois, Rosenbach a retrouvé ce bacille dans la moelle d'un animal qui avait été inoculé du tétanos.

On ne saurait nous en vouloir d'être entré dans des détails aussi circonstanciés au sujet de ces recherches expérimentales. Nous donnons les résultats qu'elles ont fournis pour ce qu'ils valent. Il est évidemment nécessaire de les soumettre à un contrôle minutieux et répété, avant d'être en droit de conclure que la preuve est faite de la nature infectieuse du tétanos, spontané ou traumatique. Mais puisque les choses en sont là, puisqu'on n'est plus en situation d'objecter que toutes les tentatives faites pour démontrer l'origine infectieuse du tétanos ont abouti à un résultat négatif, c'est le cas de bien faire ressortir combien cette conception serait en harmonie avec les autres données qui ont cours sur l'étiologie de cette maladie.

Cette affection, qu'elle soit spontanée ou consécutive à un traumatisme, se développe presque toujours sous l'influence apparente du froid ou, pour mieux dire, d'une brusque transition du chaud au froid. La même chose s'observe à propos d'autres maladies infectieuses ou miasmatiques, et, au point de vue des influences météorologiques, on peut mettre le tétanos en parallèle avec la fièvre intermittente. Ce parallèle paraît d'autant mieux justifié qu'on voit les deux maladies, tétanos et fièvre intermittente, sévir côte à côte dans les mêmes parages, s'associer et se combiner chez un même sujet. S'il était prouvé que le tétanos, comme la fièvre paludéenne, est engendré par un contage venu du dehors, tout en laissant à l'influence de la race le rôle, évidemment restreint, qui peut lui revenir dans le développement de cette maladie, on comprendrait pourquoi celle-ci présente une distribution géographique peu conciliable avec l'hypothèse qui en faisait une maladie *a frigore*. On s'expliquerait pourquoi, chez des sujets appartenant à une même race, à une même nationalité, le tétanos traumatique, sévissant sur les blessés d'une armée, a été fréquent ou rare, suivant que le théâtre de la guerre se trouvait être dans un pays ou dans un autre. Enfin, cette théorie cadrerait avec les observations déjà nombreuses faites par des chirurgiens, à différentes époques, et qui semblent établir la contagiosité du tétanos traumatique. Les principaux faits de cette nature ont été réunis par M. Ozenne, dans son travail déjà cité. Ceux qui ont été publiés par MM. Th. Anger et Polaillon sont particulièrement intéressants, mais nous ne croyons pas devoir insister davantage. Avant de terminer ce qui a trait à l'étiologie du tétanos, nous rappellerons seulement que la croyance à un rapport entre le développement de la forme traumatique de cette affection et une infection de la plaie remonte à une époque très éloignée. Dans son article si plein d'érudition, M. Mathieu mentionne que déjà A. Paré entrevoyait dans les modes vicieux de pansement une des causes de développement du tétanos. Il cite l'opinion de Rose affirmant « qu'il est bien rare qu'on ne puisse attribuer l'intervention du tétanos à quelque faute commise dans la direction du pansement ». D'après notre ami P. Reclus (*Manuel de pathologie externe*, p. 86), c'est également l'opinion de Coonner et celle de Lister qui, depuis qu'il emploie le traitement antiseptique, n'a observé que deux cas de tétanos dans l'espace de six ans, tous les deux se rapportant à des blessés porteurs de plaies septiques. Récemment, nous avons eu connaissance d'une note publiée par un journal étranger, dans laquelle il était dit que, depuis l'adoption du pansement antiseptique pour le traitement de la plaie ombilicale, dans une clinique d'accouchements en Danemark, la forme connue sous le nom de *trismus des nouveau-nés* qui, jusque-là, faisait des ravages effrayants, avait complètement disparu. Une observation du même genre a été faite, il y a déjà assez longtemps, par Bajon, à la Guyane. Bajon avait cru devoir attribuer la fréquence du tétanos chez les nouveau-nés des négresses à ce que, faute de soins et par le fait de la malpropreté, la plaie ombilicale devenait infectieuse, et il vit, en effet, la maladie diminuer dans des proportions notables, à la suite de l'emploi de pansements méthodiques.

Des expériences nouvelles ne manqueront pas de nous renseigner, dans un avenir prochain, sur la valeur de la théorie infectieuse du tétanos.

PATHOLOGIE MÉDICALE

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par M. le docteur ALBERT ROBIN, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Suite. — Voir le numéro précédent.

III

COMPLICATIONS DU CÔTÉ DES VOIES RESPIRATOIRES. — Révulsion. — Ventouses scarifiées. — Inhalations de vapeur d'eau. — Médicaments divers. — COMPLICATIONS LARYNGÉES. — Leur gravité et les insuccès de la thérapeutique. Trachéotomie. — Manière de prévenir ces complications et de diminuer leur gravité. — Application de la méthode antiseptique. — COMPLICATIONS DU CÔTÉ DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE. — Leur traitement. — Contre-indication des bains froids.

Après les complications du côté du tube digestif viennent celles qui affectent les VOIES RESPIRATOIRES. Vous savez déjà combien il est important d'assurer l'intégrité de la porte pulmonaire qui est le siège de l'échange gazeux principal de l'organisme. La *révulsion* à l'aide de cataplasmes sinapisés, les embrocations avec l'essence de térébenthine, avec un liniment ammoniacal, forment la première série des moyens révulsifs à appeler à l'aide. En cas d'insuccès, vous avez à votre disposition, suivant l'état du malade, les *ventouses scarifiées* et les *vésicatoires*. Quand l'adynamie est profonde on qu'il existe une tendance à la gangrène, le vésicatoire est formellement contre-indiqué. En tout cas, chaque fois que vous croirez devoir le prescrire, n'oubliez pas les règles que je vous ai tracées, il y a un instant, à propos des complications gastriques, et à moins d'urgence réelle, évitez d'appliquer ce vésicatoire sur les parties déclives, comme le dos, qui supportent le poids du corps ; vous exposeriez votre malade aux graves dangers de l'escharification. Quant aux ventouses scarifiées, je vous ai montré que les petites émissions sanguines n'avaient pas toujours le mauvais effet qu'on leur attribue, pourvu qu'elles ne soient point pratiquées sur des individus trop affaiblis.

La *révulsion*, les *toniques* et les *stimulants*, tels sont les meilleurs moyens de lutter contre les complications pulmonaires, et tout ce qui va suivre n'est qu'accessoire. M. Guéneau de Mussy recommande l'*acide benzoïque ;* nous ne nous y arrêterons pas, puisqu'il fait partie du traitement systématique de la maladie. Griesinger et Skoda ont proposé les *inhalations d'essence de térébenthine* à la dose d'une cuillerée dans une tasse d'infusion de tilleul, qu'on projette doucement avec un pulvérisateur dans l'atmosphère qui entoure la figure du malade. Je n'ai jamais employé ces pulvérisations dont Grie-

singer se lone fort, mais j'ai dû récemment un véritable succès au moyen suivant, que je vous livre sans commentaires : il s'agissait d'un cas de dothiénentérie à forme thoracique : la poitrine était pleine de râlee et la dyspnée très vive : l'adynamie était trop prononcée pour qu'on nsât tirer dn sang on mettre nn vésicatoire, et les ventousee sèches, la sinapisation, restaient sane résultat. Me eouvenant d'avoir vu mon maître Gnbler calmer de violentes bronchites par des *inhalations de vapeur d'eau*, je fis installer anprès du lit un récipient plein d'eau chaude qu'une forte lampe à alcool porta rapidement à l'ébnllition ; puis l'on ferma les rideaux en ménageant simplement une ouverture à leur partie supérieure. De temps à antre, on entr'ouvrait les rideanx pnnr rennnveler l'air, mais le malade resta eept à huit heures dans cette atmosphère de vapeur d'eau. Il e'ensuivit nn tel bien-être qne le traitement fut rècommencé le lendemain, et j'eus la joie de voir guérir cet individu, eur le compte duquel j'avais porté tout d'abord un grave pronostic.

On a encore conseillé le *carbonate d'ammoniaque*, les *antimoniaux*, auxquels je reproche leur action hyposthénisante et l'irritation stomacale qu'ils déterminent, enfin l'*ipéca* à dose vomitive. Pour ce qui eet de ce dernier, vous ne l'emploierez que si la détermination broncho-pulmonaire prend un caractère suffocant ou s'il existait des signes non équivoques d'obstruction bronchique. Encore, comme le conseille Noël Guéneau de Mussy, devriez-vous, pour prévenir le collapsus, tonifier d'abord le malade avec du vin d'Espagne, et avoir une potion cordiale eous la main pour remédier au premier indice de dépression.

Enfin, vous vous servirez quelquefois avec avantage, contre les complications pulmonaires d'ordre hypostatique, de la potion à la *digitale* et à l'*ergotine* dont je vous ai donné la formule et le mode d'emploi dans notre dernière réunion.

Un mot maintenant des COMPLICATIONS LARYNGÉES, qui méritent de figurer au rang des plus redoutables. Pour ma part, je n'ai eu à enregistrer pour ainsi dire que des insuccès dans les cas graves de laryngo-typhus que j'ai observés. Les applications révulsives autour du cou, l'atmosphère de vapeur d'eau, le vésicatoire, les frictions mercurielles, les insufflations de tannin, les vomitifs, n'auront d'efficacité que dans les cas légere. Quand la dyspnée devient menaçante, l'inspiration sifflante et difficulteuse, la *trachéotomie* s'impose comme dernière ressource : opérez alors, sans attendre les dernières limites de l'asphyxie : si rares que soient les succès, vous ne devez pas refuser au malade cette suprême chance de salnt. On a employé quelquefois les attouchements directs avec le *tannin*, l'*alun* et la solution faible de *nitrate d'argent*, mais je n'en ai obtenu aucun effet assez marqué pour que je croie devoir insister davantage.

Les découvertes récentes de MM. les professeurs Cornil et J. Renaut sur le processus de la laryngite nécrosique et sur le rôle des micro-organismes dans l'évolution de celle-ci laissent cependant pressentir que la méthode antiseptique ponrra tronver dans le traitement de cette terrible complication de la fièvre typhoïde l'une de ses plus utiles applications.

En effet, les autenrs que je viens de vous citer ont démontré que la laryngite était une inflammation diffuse à exsudat fibrineux, débutant dans la portion la plus superficielle de la muqueuse, et au sein de laquelle on trouve les mêmes bacilles que dans les plaques de Peyer, les ganglions mésaraïques ou le rein. Or, ces lésions ouvrent en quelque sorte la porte à des parasites bucco-gutturaux, grands bacilles, leptothrix, micrococnes, qui s'implantent dans l'épithélium ramolli par l'œdème inflammatoire et sur les petites nlcérations qui criblent la mnqueuse. Ce sont ces parasites qui sont les redontables agents dn laryngo-typhus.

Cette démoustration a pour corollaire immédiat l'emploi de la *méthode antiseptique*, et mon ami le professenr J. Renant l'a immédiatement appliquée en faisant l'antisepsie préalable dn vestibule, non contre la laryngite typhiqne, mais contre les microbes a action gangréneuse secondairement insérés snr la mnqueuse malade. Dans ce bnt, toutes les fois que le typhiqne a la voix rauque, le larynx doulourenx, qu'il présente les signes d'une gêne laryngée, M. J. Renaut fait trois ou quatre fois par jour et pendant dix minutes chaque fois un spray de *liqueur de Van Swieten* dans la bouche largement onverte Dans tous les cas où ce traitement, pour ainsi dire préventif, fut employé, la laryngite s'arrêta court. Quoique je n'aie pas encore eu l'occasion d'appliquer ce procédé de traitement, il me paraît si rationnel et il émane d'une autorité pour laquelle j'ai tant d'estime, que je n'hésite pas à vous le recommander.

Passons maintenant à une autre eérie de complications qui, elles aussi, impriment à la maladie un hant cachet de gravité. Ce sont les accidsnts qui frappeut le SYSTÈME CIRCULATOIRE et particulièrement le cœur, qui, en sa qualité de moteur central, tient sous sa dépendance toute la mécanique de la circulation et de l'excrétion. Ils ont été fort bien décrits par M. le professeur Hayem, qui a soigneusement étudié aussi leur anatomie pathologique. L'affaiblissement du choc précordial et des bruits du cœur, les souffles doux passagers, la faiblesse, le polycrotisme et l'irrégularité du pouls, les intermittences cardiaques, les tendances syncopales, sont autant de symptômes qui indiquent que le myocarde faiblit dsvant sa tâche, et qui commandent une surveillance de tous lee instants.

Vous éviterez au malade toute émotion, tout mouvement hrusque ; vous insisterez sur les *toniques* et les corroborants, sur l'*acétate d'ammoniaque*, le *café* ou la caféine à petites doses, et au besoin il vous sera loisible de recourir à de faibles *injections de morphine* dont mon collègue, M. Huchard, a vanté l'efficacité. Si ces moyens demeurent infructueux, il vous reste la ressource de la *digitale*. Avant d'en venir aux dose vraiment actives, tâtez la susceptibilité de votre malade par des doses miuimes et fractionnées, puis utilisez la potion à la *digitale* et à l'*ergotine* que je vous ai déjà recommandée plusienrs fois.

Quelques partisans des *bains froids* ne regardent pas la tendance au collapsus et la myocardite typhique comme une contre-indication suffisante et ils citent des cas où les malades en ont retiré une sensible amélioration. Et cependant, je n'oserais vous conseiller leur emploi quand il existe des troubles circulatoires, des intermittences du pouls, de la cyanose ou des signes d'asthénie cardiaque. Car vous n'ignorez pas que la syncope est au premier rang des accidents que l'on impute à la méthode de Brand, et que les symptômes dont il vient d'être question sont précisément ceux qui doivent faire le plus redouter cette grave complication.

D'ailleurs, dans les cas de ce genre, Brand lui-même ne va qu'au *bain tiède*, et la plupart de ses continuateurs déclarent qu'une première syncope doit faire immédiatement renoncer au traitement balnéaire.

IV

COMPLICATIONS DU CÔTÉ DU SYSTÈME NERVEUX. — Céphalalgie. — Insomnie. — Délire et ataxie. — Utilité des bains froids. — Un exemple. — Mode d'administration. — Bains progressivement refroidis. — Drap mouillé. — Bains tièdes prolongés. — Calotte de Dumont-Pallier. — Emissions sanguines locales.

Les troubles de l'INNERVATION devront attirer d'une manière toute spéciale votre attention; le système nerveux est le directeur et le régulateur des échanges; veiller à son intégrité, c'est se placer déjà dans les meilleurs conditions pour que la nutrition élémentaire s'accomplisse régulièrement. Avec des gravités différentes, la céphalalgie, le délire et l'ataxie, l'insomnie persistante, résument, à peu de chose près, les prédominances symptomatiques ou les complications que vous aurez à traiter.

La CÉPHALALGIE, symptôme presque constant de la fièvre typhoïde, prend quelquefois par son intensité et sa persistance l'allure d'une vraie complication; elle fatigue le malade, lui ôte tout repos, et par l'irritabilité qu'elle occasionne, le rend réfractaire à toute médication.

Essayez d'abord les applications sur le front de *compresses d'eau fraîche*, d'*eau de laurier cerise*, d'*eau sédative*, puis la *sinapisation* des extrémités, ensuite la *vessie pleine de glace* sur la tête, enfin les sangsues derrière les oreilles. Graves conseille encore les *fomentations chaudes* sur le crâne. Dans quelques cas, je me suis bien trouvé du *bromure de potassium* à très petites doses, prises à l'intervalle d'une heure.

L'INSOMNIE PERSISTANTE a plus d'inconvénients encore que la céphalalgie, car elle contribue à l'épuisement du malade et entretient l'excitation du système nerveux. Vous la combattrez d'abord avec de petites doses de *bromure de potassium*; si elle résiste, employez, comme Murchison, les pilules d'*extrait thébaïque* et de *camphre*; mais pour modérer l'action coercitive des opiacés sur les émonctoires, vous vous trouverez bien d'associer à ces deux médicaments un peu de *digitale* (1).

Le *chloral* pourra vous rendre aussi quelques services, mais seulement dans la première période de la maladie; car, comme le fait remarquer Noël Guéneau de Mussy, aux périodes plus avancées, il faut se méfier de son action dépressive sur le cœur.

Le DÉLIRE VIOLENT et les PHÉNOMÈNES ATAXIQUES figurent au rang des complications les plus graves et les plus difficiles à combattre. Si, dans quelques cas rares, ils cèdent aux *antispasmodiques*, camphre, musc, valériane, le plus souvent ces moyens demeurent impuissante et l'attente de leur action fait perdre un temps précieux. C'est pourquoi je vous conseille, sinon de les laisser totalement de côté, au moins de ne pas insister sur leur emploi et de ne les utiliser qu'à titre purement accessoire. Vous avez, en effet, à votre disposition, une thérapeutique bien autrement puissante, et l'on peut dire, sans crainte de soulever aucune contradiction, que toutes les objections à la *méthode des bains froids* s'effacent devant l'indication urgente des complications nerveuses.

(1) Voici une formule assez pratique:

Extrait thébaïque	0 gr.	02
Camphre	0	05
Poudre de digitale	0	01

Une pilule toutes les deux heures pendant six à huit heures au plus.

Pour ma part, je baigne tout typhique chez lequel les symptômes nerveux sont assez marqués pour prendre le pas sur les autres manifestations de la maladie, et je déclare hautement n'avoir eu qu'à me louer de cette pratique. Et cette indication me paraît tellement dominante que je la mets au-dessus de celle fournie par la température.

A ce propos, permettez-moi de vous raconter un fait qui vous frappera bien plus que toutes les affirmations théoriques. Il y a deux ans, je voyais avec mon collègue et ami, M. Dumontpallier, une jeune femme de 20 ans qui, au huitième jour d'une fièvre typhoïde, fut prise de symptômes nerveux d'une violence extrême. Elle était en proie à un délire violent, criant qu'on voulait l'enterrer vivante ou l'empoisonner, refusant de prendre quoi que ce soit, se débattant d'une manière convulsive dès qu'on l'approchait, et poussant d'horriblee cris. La langue était sèche et fuligineuse, l'urine rare et très albumineuse, le pouls à 125, la température à 40°. Le musc, le camphre, le bromure de potassium et le chloral ne produisirent aucun effet. Le matin du dixième jour, l'état s'était considérablement aggravé. Il y avait de la rétention d'urine, la langue était ligneuse, l'agitation indescriptible, le pouls battait 126, tandis que la température s'était abaissée à 37,8. Le treizième jour, même état, avec une température de 39° et le pouls à 150. C'est alors que nous commençâmes à donner des bains froids suivant la méthode de Brand. Après le premier bain, la température s'abaissa à 38 et le pouls à 132; puis les températures anormales des jours précédents (37,8-38-37, 6-37, 4-38,5), se relevèrent entre 39 et 39,5, subissant après chaque bain des abaissements de 1 à 2 degrés, en même temps que le pouls descendait graduellement à 140, 130, 120, 100. Le dix-septième jour, nous cessâmes les bains froids et le malade entrait en convalescence le vingt et unième jour de sa maladie, après nous avoir inspiré les craintes les plus légitimes.

Voilà donc un cas où l'emploi de la méthode de Brand n'a été basé que sur la prédominance des symptômes nerveux, puisque la température avait oscillé pendant les trois jours précédents de 37,6 à 38,5, et où l'eau froide a eu ce résultat paradoxal de ramener la courbe thermique à son niveau fébrile habituel dans l'intervalle des balnéations.

Comment convient-il d'administrer les bains froids? Je ne veux pas vous donner ici une *technique* complète dont vous trouverez tous les détails dans le livre de Brand et dans celui plus récent de MM. Bouveret et Tripier (1). Mais il me semble utile de vous résumer en quelques mots les règles pratiques qui doivent présider à l'emploi de l'hydrothérepie.

Si vous pouvez le faire, donnez le bain auprès du lit, de manière à éviter le transport, les refroidissements et les secousses. Assurez-vous que l'eau est à 22° et réchauffez-la légèrement jusqu'à 26°, si le malade manifeste trop d'appréhensions ou s'il a éprouvé lors de la première balnéation de la gêne respiratoire ou de l'angoisse précordiale. Puis, dès que le patient est plongé dans l'eau qui doit lui recouvrir les épaules, faites sur la tête une affusion de une minute environ avec de l'eau froide à la température de 14°. Si le délire est violent, prolongez même un peu la durée de l'affusion dont vous pouvez aussi réduire la température à 12° et même à 10°, suivant les cas. Si le malade se plaint et commence à gre-

(1) BOUVERET ET TRIPIER. *La fièvre typhoïde traitée par les bains froids*. Un vol. in-12. Paris, 1886.

lotter, ce qui arrive en général à la huitième à la douzième minute, faites quelques frictions douces sur la poitrine et les membres supérieurs, sortez-le du bain, entourez-le d'une couverture de laine et couchez-le dans un lit chaud, sans perdre de temps à l'essuyer.

Puis, dès qu'il est couché, faites-lui prendre quelques gorgées de vin ou d'une boisson stimulante. D'une manière générale, le bain aura une durée de huit à quinze minutes, et vous devez le répéter aussi souvent que le nécessitera la réapparition de la prédominance symptomatique que vous voulez combattre, ce qui conduit à administrer de quatre à huit bains dans les vingt-quatre heures.

Comme dans nombre de cas, vous vous heurterez à l'absolue répugnance des malades, laquelle finit toujours par impressionner plus ou moins leur entourage, vous tournerez la difficulté par l'emploi des *bains progressivement refroidis* suivant la méthode de Ziemssen, que j'ai souvent employée avec succès, en la modifiant de la manière suivante. Le bain est préparé avec une température de 4o, inférieure à celle du malade; et quand ce dernier s'est en quelque sorte acclimaté à cette thermalité, vous refroidissez progressivement le bain, jusqu'à ce que l'eau soit à 8 ou 10o au-dessous de la température initiale du patient. La durée du bain, pendant lequel il ne sera fait ni frictions, ni affusions, sera réglée par l'abaissement de la température, par la détente des symptômes nerveux et aussi par les sensations du malade; une chute thermique de 1o 1/2 à 2o, et toute tendance au frisson, seront autant d'indications pour restreindre cette durée. En général, quinze à vingt minutes suffisent. Souvent, après ces bains, les malades s'endorment d'un sommeil profond.

Cette médication par les bains tièdes progressivement et légèrement refroidis est moins brutale que la méthode de Brand; elle impressionne moins le malade et sa famille, et dans tous les cas où j'ai eu l'occasion de l'employer, elle m'a réellement satisfait. Sans avoir la prétention de vous donner sur elle un avis définitif, je vous dirai cependant qu'elle a été adoptée dans sa formule générale par Collie (1), Bradbury (2), Edes (3), Ord (4), etc., auxquels elle a donné d'excellents résultats.

Quant aux méthodes du *drap mouillé*, des *affusions froides*, des *bains tièdes prolongés* suivant la méthode de Riess, des bains tièdes prolongés à température décroissante proposés récemment par le professeur Bouchard, mon expérience personnelle ne me permet pas de me prononcer à leur égard. M. Noël Guéneau de Mussy dit, à propos des affusions froides pratiquées suivant la méthode de Currie, qu'elles satisfont à bien des indications dans les formes ataxiques de la dothiénentérie, mais que si l'on voit des malades agités d'un délire violent se calmer immédiatement après les affusions, souvent aussi à l'excitation succède un état d'adynamie profonde qui exige l'administration des toniques et des stimulants.

Les méthodes de Riess (5) et de M. le professeur Bouchard ont pour elles les honneurs de la statistique. En additionnant aux 48 cas de Riess les 7 cas d'Afanasieff (1), on ne trouve que 3 morts, soit 5.4 0/0: M. Bouchard sur 180 malades a eu 18 décès, soit 10 0/0 (2). Mais ces chiffres étant donnés en bloc, il ne nous est pas possible de mettre à part ceux qui s'appliquent particulièrement aux complications ou aux formes nerveuses de la fièvre typhoïde, la seule pour lesquelles la méthode des bains ne soit passible d'aucune objection, et soit, par conséquent, universellement adoptée.

Quand vous aurez des raisons de supposer qu'il existe une CONGESTION MÉNINGO-ENCÉPHALIQUE ou MÉNINGO-SPINALE, vous aurez souvent à vous louer aussi de la *calotte de Dumontpallier*, à laquelle j'ai dû deux succès dans des cas de haute gravité. Son emploi est d'une grande simplicité. Derrière le lit, vous placez à une certaine hauteur, soit sur une échelle, soit sur un meuble élevé, un grand seau plein d'eau dans laquelle on met un gros morceau de glace. On place sur la tête du malade la calotte, qui est formée d'un tube de caoutchouc en spirale dont l'extrémité supérieure plonge dans le seau d'eau glacée et dont l'extrémité inférieure vient se rendre dans un seau vide placé au pied du lit. L'appareil ainsi disposé forme un siphon qu'on amorce par aspiration et dont on règle l'écoulement à l'aide d'une flûte de Pan à son extrémité inférieure. Comme cette calotte est appliquée à demeure et qu'en réglant l'écoulement de l'eau, on fait varier à son gré la température du liquide contenu dans la calotte, on évite les deux inconvénients des applications de glace, c'est-à-dire les réactions parfois violentes qui surviennent quand on les suspend, et les dépressions que peut aussi causer leur action trop prolongée.

Dans quelques circonstances, et principalement quand les moyens précédents ne réussissent pas à modérer les symptômes nerveux, il vous restera la ressource des *émissions sanguines locales* sur la nuque, les gouttières vertébrales, ou des applications de sangsues derrière les oreilles. M. Noël Guéneau de Mussy préfère le large *vésicatoire* appliqué sur la tête rasée; il affirme avoir vu guérir par ce moyen des malades qui paraissaient voués à une mort certaine.

(A suivre.)

(1) Collie, *The Lancet*, 1872, p. 410. Bains à la température initiale de 32o, refroidis progressivement jusqu'à 15o.

(2) Bradbury, *British. med. Journ.*, 1872; p. 655. Commence avec une température inférieure de 7o à celle du malade, et refroidit jusqu'à 20o.

(3) Edes, *Boston med. and surg. Journal*, 1875, XCIII, p. 94. Température initiale 37o,7 abaissée à 21o ou 20o.

(4) Ord, *British med Journal*, 1880, t. II, p. 862. Température initiale 35o, qu'il abaisse en vingt minutes à 24o.

(5) Riess, *Centralblatt für die med. Wissensch*, 1880, p. 545.

(1) Afanasieff, *New-York med. Record*, 1882, t. XXII, p. 464.

(2) Winslow-Warner Skinner. Sur une nouvelle méthode balnéothérapique réfrigérante spécialement employée dans le traitement de la fièvre typhoïde. — *Thèse de Paris* 1885.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

De la dilatation de l'estomac (gastro-ectasie), par le docteur M. Macario (de Nice).

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Réflexions. — Je dois déclarer avant tout que le sujet de cette observation, c'est le signataire de cet article. C'est dire que j'ai pu étudier avec compétence les différentes phases de la maladie dont j'étais atteint depuis de longues années.

La dyspepsie, en effet, l'angine granuleuse et les intermittences du pouls datent depuis plus de trente ans, quoique l'état général de ma santé n'en ait jamais souffert sensiblement.

J'étais bien sujet, il est vrai, dans la mauvaise saison, à des angines, à des rhumes et à quelques douleurs rhumatismales musculaires; les digestions étaient longues à se faire

et parfois même, par certains mouvements, il me semblait entendre des bruits de clapotement dans l'estomac auxquels je ne faisais pas attention, car alors la gastro-ectasie m'était inconnue ; mais tous ces phénomènes, qui se sont maintenant évanouis sons l'influence du régime sec, ne m'ont jamais empêché de vaquer à mes nombreuses et fatigantes occupations professionnelles.

A ce bienheureux régime, j'ai cependant un reproche à faire, c'est d'avoir provoqué chez moi une constipation opiniâtre et un amaigrissement considérable : de 80 kilogrammes, en effet, que je pesais, je suis descendu en quelques mois à 70 kilogrammes.

La dilatation de l'estomac n'est donc pas un mythe, comme beaucoup de médecins distingués le croient ; elle est trop malheureusement une réalité très fréquente, ainsi que j'ai eu occasion de le constater moi-même depuis que mes yeux se sont ouverts à la lumière, grâce aux recherches de M. Bouchard.

Suivant cet éminent praticien, sa fréquence dépasse de beaucoup ce qu'on peut imaginer. En effet, sur l'ensemble de tous les malades, on peut la constater dans près du tiers des cas, et, si on ne tient compte que des malades atteints de maladies chroniques, la proportion dépasse la moitié (60 p. 100), et si on ne la découvre pas plus souvent, c'est qu'elle est silencieuse et échappe ainsi à l'attention des praticiens.

C'est surtout chez les dyspeptiques, les anémiques, les gastralgiques, les styptiques, etc., qu'il faut la chercher. Voici, d'après M. Bouchard, le *modus agendi* pour la découverte : on provoque le clapotage au niveau de l'estomac par le choc à la fois brusque et léger de deux à trois doigts frappant deux ou trois fois presque en un seul mouvement et comme par une vibration la paroi abdominale relâchée. C'est à gauche, sous le rebord costal, qu'on le perçoit. Dans les cas graves et anciens, on le trouve même au-dessous du nombril et quelquefois au pubis.

L'étendue du clapotage indique l'étendue de la dilatation.

C'est à jeun de préférence qu'il faut le chercher, et, dans les cas douteux, pour le rendre apparent, il faut faire ingérer au malade un demi-verre d'eau. Le bruit de clapotage se perçoit toujours dans les mêmes limites, que l'estomac soit vide, presque vide, un peu ou modérément dilaté (1).

La dyspepsie est-elle cause ou effet de la gastro-ectasie ?

L'une et l'autre, suivant M. Bouchard. Quant à moi, je suis porté à croire que la première doit être plus souvent cause de la seconde, attendu que la stagnation des aliments dans l'estomac doit à la longue, ce me semble, distendre cet organe et affaiblir, diminuer la contractilité de sa tunique musculaire.

La gastro-ectasie est donc une maladie sérieuse non seulement par elle-même, mais encore et surtout par les divers états morbides auxquels elle peut donner naissance, tels que la phthisie pulmonaire, l'anémie, l'hypochondrie, les troubles du système nerveux et de la circulation du sang, le tremblement et l'engourdissement des membres, les palpitations et les intermittences du pouls, l'affaiblissement de la vue et de l'ouïe, la contracture des mains, les névralgies, les syncopes quelquefois mortelles, le purpura, l'eczéma, le pytiriasis, l'acné rosacée, la congestion du foie et par suite la luxation du rein droit.

Les dilatés sont très impressionnables au froid ; au moindre changement météorologique, ils contractent des bronchites sybilantes précédées ou associées au coryza. M. Bouchard a vu plusieurs fois l'albuminurie, les phlébites, l'ataxie progressive, les nodosités des deuxièmes articulations des doigts, etc., succéder à la gastro-ectasie. Enfin, pour tout dire, cette maladie rend l'économie vulnérable aux causes pathogènes et prédispose singulièrement à la fièvre typhoïde par la déchéance de l'organisme et la viciation des humeurs et des sucs nutritifs. « Ainsi s'explique comment les symptômes, les accidents morbides, les deutéropathies, dans la dilatation de l'estomac, portent sur la nutrition en général, sur le système nerveux, sur les reins, sur la peau et sur les bronches » (Bouchard). Et cela doit être, car l'estomac est la base de la vie animale et ses dérangements retentissent sur les éléments anatomiques des tissus qui sont dès lors viciés par le foyer d'infection, vrai marais malarique, produit par la fermentation putride des aliments qui séjournent trop longtemps dans cet organe.

Une fois la dilatation constatée, on doit se hâter d'y porter remède. On insistera tout d'abord sur le régime sec et on réveillera la contractilité gastrique par les amers, les strychniques et aussi, je crois, par les courants induits.

Il y a vingt-cinq ans, j'ai soigné et guéri une jeune fille atteinte depuis longtemps de mérycisme qui dépendait, ce me semble, d'une gastro-ectasie.

Les bains de mer, les douches froides et écossaises sont également indiqués, et j'en ai tiré d'excellents résultats cet été, au Croisic, chez trois dilatés ; mais sans le régime ces agents échoueraient infailliblement.

Les repas doivent être éloignés de huit à neuf heures, les aliments seront pris en petite quantité, mais substantiels et tendres tout à la fois, de manière à pouvoir être réduite en une sorte de purée par la mastication avant d'être ingérés. Les corps gras, les alcooliques, les crudités et certains acides (vinaigre) seront proscrits.

La boisson sera réduite à trois quarts de litre par jour, soit au plus deux verres à chaque repas (1/3 de bière ou de vin blanc et 2/3 d'eau). Il importe de boire à petits coups et de résister à la tentation, parfois bien forte, de vider d'un seul trait son verre, afin de ne pas noyer les aliments dans l'estomac, ce qui est contraire à une bonne hygiène.

La mie de pain est contre-indiquée ; on la remplacera par la croûte ou par des rôties. A Nice, je prescris les *prissini* ; c'est un pain tout en croûte, du volume du petit doigt et long de 25 à 30 centimètres. Les *prissini* sont bien supérieurs au pain de gluten chez les diabétiques, attendu qu'ils ne contiennent point, comme la mie, des bacilles (*bacillus glutinii*), qui ne sont pas, suivant le professeur Bouchard, détruits par la cuisson au four. Or, il est reconnu que ces bacilles donnent naissance à la fermentation acétique.

Enfin, il importe de sortir de table avec un reste d'appétit, et si on suivait cette pratique aussi dans l'état de santé, les affections gastriques seraient, à mon avis, rayées du cadre nosologique.

(1) Né pas confondre la distension de l'estomac avec sa dilatation. Dans le premier cas, comme l'observe M. le docteur Malibran, l'organe bombe vers le thorax ; dans le second, il pend inerte dans l'abdomen. D'ailleurs, une sonorité tympanique aiguë costo-mammaire, le bruit de clapotage ou de succussion est un indice de distension, tandis que la dilatation se révèle parfois par les contractions visibles de l'estomac hypertrophié, mais aussi par la sensation d'un clapotage étendu, intense, par un tympanisme costo-pubien.

La distension est passagère et durable, aiguë ou chronique ; la dilatation est stationnaire ou progressive et toujours chronique.

Mais si, malgré ce régime, la digestion ne se rétablissait pas dans son type physiologiqne, on aurait recours au régime lacté et aux jaunes d'œufs jusqn'au rétablissement des fonctions digestives.

Après lee repas, je prescris ordinairement aux dilatés une cuillerée à dessert de la potion suivante dont je me trouve bien :

Pepsine................	2
Acide chlorhydrique.....	2 50
Ean distillée............	100

En suivant scrupuleusement les conseils thérapeutiques que je viens d'exposer, je crois qu'on évitera la nécessité de recourir au lavage de l'estomac.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Dermatologie et Syphilis (1).

I. SUR LA TUBERCULOSE DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES, par le professeur SCHWIMMER, de Pesth. — II. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ÉTIOLOGIE DE L'*alopecia areata*, par M. JOSEPH. — III. DES RAPPORTS DE LA SYPHILIS ET DE L'ÉRYSIPÈLE, par le docteur SCHUSTER, d'Aix-la-Chapelle. — IV. SUR LE MICRO-ORGANISME DE LA TEIGNE FAVEUSE, par le docteur O. BOER, de Berlin. — V. SUR LE MYCOSIS FONGOÏDE, par M. KOEBNER, de Berlin.

I. Dans ces derniers temps, on a prétendn rattacher le lupus aux affections tuberculeuses ; on se basait principalement sur deux arguments : dans les foyers de lupus, on trouve des bacilles offrant les mêmes caractères morphologiques que les *bacilli tuberculosi* ; en essayant d'inoculer le lupus à des animaux, on aboutit souvent à leur communiquer la tuberculose.

Le professeur SCHWIMMER repousse cette assimilation de la tuberculose et du lupus, pour des raisons qui penvent se résumer dans les points suivants : la tuberculose cutanée est très rare en comparaison de la fréquence du lupus ; ces deux processus ont une évolution très différente. Les premières déterminations de la tuberculose se font presque toujours du côté des muqueuses, et le tégument externe n'est envahi, en règle générale, que consécutivement; pour le lupus, c'est l'inverse qui a lieu. Les deux affections retentissent de façons tres différentes sur l'état général, la tuberculose cutanée se généralisant presque toujours, tandis que le lupus reste une affection localisée. A l'appui de ce dernier point, l'auteur a produit des preuves cliniques tirées de son service hospitalier. M Schwimmer a insisté ensuite sur ce que le bacille de la tuberculose offre une très grande ressemblance, non seulement avec celui du lupus, mais encore avec celui de la lèpre et de la syphilis.

Les opinions de M. Schwimmer ont été combattues par M. Doutrelepont, pour qui la communauté d'origine (bacillaire) du lupus et de la tuberculose ne fait pas de doute et entraîne l'identité nosologique; — par M. Lewinski, lequel a fait valoir que les différences d'évolution clinique entre la tuberculose miliaire aiguë et la phtisie chronique tuberculeuse sont au moins aussi grandes qu'entre le lupus et la tuberculose cutanée ; — par MM. Geber et Kaposi, qui ont assez souvent observé l'envahissement des muqueuses par le lupus. Enfin M. Neisser a fait remarquer que très sonvent le lupns conduit à la scrofule, qui est considérée aujourd'hui comme une des modalités de la tuberculose.

II. M. JOSEPH a réussi à provoquer par voie expérimentale, chez des chats, une chute de poils qui offrait la plus grande ressemblance avec l'*alopecia areata* chez l'homme; ce résultat a été obtenu à la suite de l'extirpation du ganglion spinal de la deuxième paire (cervicale) et de la portion avoisinante des racines antérieure et postérieure du même nerf. Environ dix jours après la mutilation, les poils tombaient dans la zone de distribution du nerf touché. En cet endroit se voyait une sorte de tonsure, dont le diamètre allait jusqu'à celui d'une pièce d'un mark, sans rougeur, sans trouble de la sensibilité, sans démangeaison ; de micro-organismes, point. Donc, cette alopécie circonscrite ne pouvait être attribuée ni au traumatisme, ni à un trouble vasculaire.

Il ne reste dès lors qu'à la mettre sur le compte d'une lésion expérimentale des nerfs trophiques. L'examen histologique de la plaque cutanée dépouillée de ses poile a donné des résultats qui parlent en faveur de cette hypothèse. Les papilles étaient atrophiées, les glandes sébacées et sudoripares intactes; il n'y avait point trace d'une réaction inflammatoire.

Quand l'extirpation du ganglion spinal et des racines était pratiquée des deux côtés, outre les deux plaques symétriques d'alopécie situées dans la zone de distribution de la première paire cervicale, il s'en formait d'autres, dans le territoire innervé par le trijumeau, sans doute par le fait de l'extension de la dégénérescence le long de la racine ascendante du trijumeau. On s'explique ainsi que « l'alopecia areata » s'étende progressivement au delà de son siège primitif, pour envahir des territoires innervés par d'autres nerfs que ceux qui sont primitivement intéressés. En terminant, M. Joseph a exposé les raisons, d'ordre clinique, qui peuvent être invoquées à l'appui de sa théorie.

MM. Sehlen et Michelson ont plaidé pour l'origine parasitaire de l'*alopecia areata*, théorie qui a été combattue par MM. Doutrelepont et Neumann.

M. Behrend ne croit pas non plus à la nature spécifique dee coccus que Sehlen a découverts et présentés comme les organismes pathogènes de l'*alopecia areata*. Il a constaté, d'autre part, qu'il existe une *alopecia areata* de nature inflammatoire, ainsi que l'a prétendu Sehlen.

III. M. SCHUSTER rappelle que des observations assez nombreuses établissent l'influence salutaire qu'exerce souvent sur les manifestations de la syphilis un érysipèle intercurrent. Mais il y a des exceptions à cette règle. Ainsi, l'auteur a vu un syphilitique succomber, au bout de huit semaines de maladie, à un érysipèle qui se compliqua de pyémie. Un autre syphilitique a eu, deux années environ après une atteinte d'érysipèle très grave, de vastes ulcérations serpigineuses d'aspect tout à fait spécifique, preuve que la maladie constitutionnelle n'avait pas été éteinte par l'érysipèle intercurrent. Un troisième malade était porteur de lésions syphilitiques dans le nez, qui servirent de point de départ à des érysipèles

(1) Communications faites à la *Section de Dermatologie et Syphilis*, de la 59e réunion des naturalistes et médecins allemands, tenue à Berlin du 18 au 24 septembre 1886. Analysées d'après le TAGEBLATT, compte rendu officiel des travaux de la réunion.

répétés. Une cure mercurielle mit fin à tous les accidents. L'auteur part de ces faits pour conclure que l'érysipèle, comme toutes les autres maladies infectieuses aiguës, constitue chez les syphilitiques une complication grave, à la suite de laquelle les manifestations de la syphilis peuvent être étouffées momentanément, quitte à faire leur réapparition un peu plus tard. L'érysipèle a cela de commun avec la fièvre typhoïde, la pneumonie, la variole, et il faut croire que ces diverses maladies infectieuses possèdent un élément commun qui exerce une action délétère sur le contage de la syphilis. Cet élément commun n'est peut-être autre que l'élévation de la température corporelle. L'auteur a rappelé ensuite, que l'érysipèle intercurrent exerce une influence salutaire sur d'autres lésions (tumeurs, lupus) et que des inoculations du virus éryeipèlatenx, pratiquées dans un cas de carcinome, ont entraîné des accidents mortels.

L'influence salutaire de l'érysipèle sur les manifestations de la syphilis et du lupus, admise par MM. Kobner, Lewin, Neumann, Zuelzer, a été mise en doute par Schwimmer.

IV. Dans un cas de teigne faveuse chez une souris domestique, M. Boer a pu isoler, par voie de culture, des micro-organismes dont il a obtenu plusieurs générations successives. Les inoculations faites à d'autres souris avec des cultures pures de ce microbe ont reproduit la teigne faveuse. Les cultures étaient constituées en partie par des spores cloisonnées (renflements en forme de massue des mycéliums), en partie par des sortes de bourgeons accolés latéralement aux mycéliums et qui devenaient libres par suite d'une véritable fonte de ces derniers. L'auteur a présenté les animaux inoculés avec ces cultures, ainsi que les photographies de ses préparations histologiques. M. Pick (de Prague), un dermatologiste bien connu, a fait remarquer la parfaite analogie de l'affection communiquée par M. Boer à des souris, avec la teigne faveuse chez l'homme.

V. M. Koebner pense qu'il faut distinguer deux variétés de *mycosis fongoïde*, l'une exclusivement locale, l'autre générale. Il a fait la description des caractères cliniques et de l'évolution de ces deux formes et relaté un exemple de la première, terminée par guérison. Il a présenté ensuite des préparations histologiques sur lesquelles on pouvait aisément se rendre compte de la nature des lésions du mycosis fongoïde, constituées per des tumeurs granuleuses, produit d'une inflammation chronique. Sur des coupes provenant de foyers morbides au niveau desquels le revêtement épidermique était resté absolument intact, il a été impossible de découvrir des bactéries, soit dans les vaisseaux, soit dans le tissu ambiant. On n'a pas été plus heureux sur des préparations faites avec le suc et le liquide sanguin extraits de masses fongoïdes fraîchement extirpées. Des cultures faites avec ces liquides et avec des fragments de tissu n'ont fait éclore que des *staphyloccus aureus ;* de même, des ensemencements faits avec des parcelles de ganglions lymphatiques et des reins n'ont produit que des *staphyloccus albus*, micro-organismes dont l'auteur conteste l'action pathogène. C'est, selon Koebner, avec la lèpre que le mycosis fongoïde présente les plus grandes analogies au point de vue de l'évolution clinique. Il s'agit bien d'une maladie infectieuse, mais dont l'élément pathogène est encore à découvrir.

E. Ricklin.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies exotiques

I. Traité pratique des maladies des pays chauds, par le docteur Fernand Roux. — Paris, G. Steinheil, in-8 de 540 pages. — II. Des accidents causés par la puce chique. — Thèse de Paris, par J.-B. Pugliesi. — III. Quelques considérations sur l'herpès parasitaire dans les pays chauds et sur son traitement par le *cassia alata*. — Thèse de Paris, par Léopold Couillebault.

Le corps de santé de la marine française étudie avec une ardeur toujours croissante les maladies exotiques. Les maîtres ont donné l'exemple, les élèves le suivent. Dans les Archives de médecine navale, qui comptent déjà plus de vingt années d'existence, on rencontre de vrais trésors d'observations. La science ne peut trouver que grand profit à ces contributions qui, pour venir de loin, n'en ont qu'un plus grand prix.

I. Le docteur Fernand Roux vient de faire paraître, sous le titre générique *Traité pratique des maladies des pays chauds*, un volume extrêmement intéressant sur les maladies infectieuses qui sévissent dans les zones intertropicales. Les autres maladies qui sont les plus fréquentes dans les mêmes latitudes feront l'objet d'une publication ultérieure. Jadis, chef de service de santé dans l'Inde, M. Fernand Roux s'était déjà fait connaître par une Etude parue en 1884 sur « le mode de développement du choléra au Bengale (1). » Dans son nouveau volume, M. Roux, à l'étude du choléra, ajoute des études sur la fièvre jaune, la peste, les fièvres paludéennes et leurs différentes formes, sans oublier les fièvres pernicieuses, les fièvres larvées, non plus que la cachexie paludéenne ou les accidents d'origine paludéenne, ni les fièvres rémittentes, ni les fièvres continues paludéennes, ni la fièvre récurrente. La fièvre typhoïde bilieuse constitue à son tour le sujet d'un long chapitre des plus intéressants. Enfin, M. Roux consacre les derniers chapitres de son volume à la *fièvre de Malte*, au ponos ou *maladie d'Hydra*, à la fièvre fluviale du Japon, à la dengue et au béribéri. Dans cet ouvrage on ne peut plus consciencieux, l'auteur fait preuve de savoir et à la fois d'un jugement très droit.

II. M. J.-P. Pugliesi, après un séjour de quarante mois (1877 à 1880) à la Guyane française), vient nous fournir des documents authentiques sur les lésions et les désordres physiologiques et pathologiques imputables à la chique (*Pulex penetrans*): ulcérations, abcès plantaires, onyxis ulcéreux, gangrène, tétanos même. Pendant longtemps, on avait pu croire à la spécificité de l'ulcère. M. Pugliesi n'a jamais vu l'ulcération se produire chez les militaires et les matelots de la garnison de la Guyane qui ne passaient que deux années dans la colonie, tandis qu'il l'a souvent observée chez les transportés et les immigrants. Les lésions ne dépendraient pas uniquement de l'irritation produite par le séjour dans la loge kystique des débris du parasite incomplètement expulsé ou maladroitement déchiré par l'échiqueur, car jamais M. Pugliesi ne l'a vu survenir chez les Européens nouvellement débarqués, et par conséquent complètement inexpérimentés. « Quelquefois, tout au plus par leurs manœuvres intempestives, sont-ils arrivés à produire une légère augmentation de l'inflammation causée

(1) In 8 de 64 pages, Paris, Steinheil, éditeur.

par l'insecte. » M. Pugliesi, à l'encontre de Bajon, croit que les ulcères seraient uniquement le résultat de l'inflammation provoquée par la présence de plusieurs chiques et plus tard par les lambeaux restés dans la plaie, soit par la maladresse de l'opérateur, soit par suite de la rupture naturelle du sac. Le développement de ces ulcères serait dû à la malpropreté et à la misère physiologique des individus qui en sont atteints. Les diverses théories émises jusqu'ici paraissent impuissantes à donner à cet ulcère un caractère particulier et amènent M. Pugliesi à examiner si réellement cette lésion qu'on observe à la Guyane et qui est causée par la chique n'est pas la même que celle observée dans les zones équatoriales, connue sous le nom « d'ulcère cachectique des pays chauds, ulcère des mauvais états généraux, ulcère phlagédénique » (Leroy de Méricourt).

L'adénite inguinale suppurée, le phlegmon simple, constituent des accidents fréquents survenant soit par propagation de voisinage, soit à distance.

Le traitement doit être avant tout préventif. Le *dermatophilus penetrans*, quoique excessivement fréquent à la Guyane française, où il n'épargne aucune race, aucun sexe, aucun âge, ne laisse aucune trace sur les personnes nouvellement arrivées qui s'entourent de tout le confortable possible, mais elle produit, au contraire, des lésions graves chez les individus affaiblis par un long séjour dans la colonie, chez ceux qui ont une nourriture insuffisante et de mauvaise qualité, marchent nu-pieds, sont peu soigneux de leur personne, et vivent, en un mot, dans des conditions hygiéniques détestables, comme les immigrants et les transportés blancs européens.

M. Pugliesi conseille l'extraction immédiate de la chique, qu'elle soit seule ou en nombreuse compagnie. Il faut rejeter complètement les remèdes employés par les habitants, tels que cérumen, cendre de pipe et tabac mâché, et ne pas oublier de prescrire avant tout le repos. On ne devra jamais négliger de joindre au traitement local approprié un traitement général tonique et fortifiant, en se rappelant que les personnes qui offrent les lésions décrites sont des paludiques. Une paire de chaussures économisera souvent les frais d'une année d'hôpital à l'administration, et quelquefois épargnera la vie à un travailleur. L'État et les engagistes, comme le dit Maurel, y trouveront donc leur intérêt, et, en dehors de cette considération, qui ne doit être que secondaire, les sentiments d'humanité auront également satisfaction.

(A suivre)

NOUVELLES

Nécrologie. — MM. les docteurs Horrand (de Lyon); — Gendron (Frédéric), ancien interne des hôpitaux, à Alger; — Eparvier (Jean), de Givors.

***

Faculté de médecine de Paris. — Les élèves de seconde année d'études doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus href délai à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront lundi prochain, 18 octobre 1886.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du mercredi 3 novembre 1886, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent pas part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué pendant deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et les docteurs en médecine, les examens de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1o Elèves obligés, deuxième et troisième années, suivant la date de leur inscription à l'École pratique.

2o Élèves non obligés et docteurs, suivant également la date de leur inscription à l'École pratique.

Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et s'il n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, situé 15, rue de l'École-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1o sa feuille d'inscription, mise à jour par le secrétariat de la Faculté; 2o la quittance constatant le paiement des droits

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

***

— M. le docteur Michaux, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 19 octobre 1886, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter, le plus tôt possible, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, de une heure à quatre heures du soir, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

***

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est ouvert lundi dernier à quatre heures; la question donnée pour la composition écrite a été : Le grand épiploon; Signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse.

***

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 25 septembre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. —MM. les docteurs Gouilleux, Druon, Godfrain, Trugard, Dehacker, Capron, Ovion, Mora, Pauthier, Léger, Marlier, de la Selle de Chateaubourg, Clozier, Bernard, Druesne, Martin, Gouttierre dit Cachera, Dhourdin et Baude.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Genet, Plachez, Duquesne, Delplanque, Stichelhaut, Debaecker, Delcourt, Pognard, Claie, Derouhaix et Tessier.

— Par décret, en date du 26 septembre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Desnot, Sébeaux, Boujus, Lallement, Rayer, Anelin, Boulay, Maunoury, Chabrun, Demesse, G.-E. Raullet, Fleury, Provenaz, Gilbert, Lecourt, Momon, Queudot, Turgis, Rocher, Vannereau, Choiseau, Boutroux, Powilewicz, Bigot, Boyer, V.-J. Raullet, Ridel et Lucas.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Bance, Gabriel, Boireau, Cheminais, Michéa et Peuvrier.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 3 au samedi 9 octobre 1886

Fièvre typhoïde 28 — Variole 0. — Rougeole 22. — Scarlatine 5. — Coqueluche 11. — Dipthérie, croup 19 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 3 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 32. — Phthisie pulmonaire 183. — Autres tuberculoses 14. — Autres affections générales 69 — Malformation et débilité des âges extrêmes 48. — Bronchite aiguë 25. — Pneumonie 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 56. — au sein et mixte 38. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 63. — de l'appareil circulatoire 63. — de l'appareil respiratoire 51. — de l'appareil digestif 41. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 4 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 26. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 898 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité de thérapeutique médicale, guide pour l'application des principaux modes de médication à l'indication thérapeutique et au traitement des maladies, par le docteur A. Ferrand, médecin de l'hôpital Laënnec. Deuxième édition, augmentée d'un formulaire des médicaments nouveaux. Un volume in-12 de 902 pages, cartonné. — Prix : 9 francs. — Paris, 1886. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Pathologie des ovaires, leçons cliniques sur les maladies des ovaires, par T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. Un volume in-8 de 470 pages, avec 47 figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

De la médication abortive, par le docteur de Beurmann, médecin des hôpitaux. Grand in-8 de 260 pages. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 43 23 OCTOBRE 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE MÉDICALE

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par M. le docteur ALBERT ROBIN, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Suite et fin.— Voir les numéros 41 et 42.

V

DE LA CONVALESCENCE. — Comment et quand est-il permis d'alimenter? — Indications précises fournies par l'élimination des matériaux solides, de l'urée, et par la présence de l'albumine. — Organisation des repas du convalescent. — Respecter les symptômes de décharge.

Et maintenant, messieurs, voici que le malade a traversé toutes les étapes de la fièvre typhoïde ; il a évité les complications ou triomphé d'elles et touche au port, c'est-à-dire à la CONVALESCENCE. Ne croyez pas que votre rôle soit terminé, car cette période de la maladie est encore semée d'embûches et mérite la plus active surveillance. Votre rôle est double : il faut aider à la réparation de l'organisme, et prendre garde que quoi que ce soit ne vienne entraver les décharges urinaires qui, comme je vous l'ai dit précédemment, prennent dans cette période une si haute importance.

Le temps des médicaments proprement dits est passé et l'alimentation seule doit faire les frais de votre intervention. Mais *comment et quand est-il permis d'alimenter?* Nos devanciers disaient : retardez autant que possible l'alimentation ; à celà la plupart de nos contemporains répondent : alimentez dès que vous pourrez le faire ; mais, entre ces deux formules si vagues et si absolues à la fois, il y a place pour un moyen terme auquel il est préférable de se raoger.

Sans vous renvoyer jusqu'à Hippocrate, qui a merveilleusement traité cette question de l'alimentation des convalescents, vous trouverez dans tous vos livres classiques des indications qui régleront votre pratique sur ce point et auquel je n'ai que peu de mots à ajouter.

Vous vous rappelez que pendant les premiere jours de la convalescence, les éliminations urinaires sont extrêmement actives ; d'un autre côté, au moment où l'on recommence à alimenter le malade, la totalité des matériaux solides de l'urine subit une élévation très fréquente et souvent considérable, comme vous pouvez vous en assurer par les chiffres ci-dessous :

Influence de la reprise de l'alimentation sur l'élimination des matériaux solides par l'urine. — H. 20 ans.— Forme adyamique grave.)

JOURS DE LA MALADIE	T. M	T. S.	MATÉRIAUX SOLIDES
45e jour............	38.0	38.5	58.96
46e —	37.4	38.0	52.33
47e —	36.6	36.8	49.05
48e —	35.6	36.0	73.71 Reprise de l'alimentation
49e —	»	»	120.04
50e —	»	»	103.54
51e —	»	»	77.82
52e —	»	»	73.98

Je dis que cette augmentation des décharges urinaires est très fréquente, car sur treize malades que j'ai étudiés à ce point de vue, elle s'est montrée neuf fois à des degrés divers, dont les chiffres qui précèdent vous représentent le plus élevé (1). Et ce ne sont pas seulement les matériaux solides en bloc qui subissent cette augmentation ; l'urée elle-même s'élève aussi le jour où le malade commence à s'alimenter.

En voici un exemple qui donne la moyenne de quatre cas choisis parmi les formes simples. La veille de l'alimentation, l'urée s'élevait à 17 gr. 40, tandis qu'elle atteignait 22 gr. 80 le jour suivant. Enfin, dans maintes circonstances, j'ai observé que la reprise prématurée de l'alimentation augmentait l'albumine quand celle-ci persistait encore dans l'urine, et la faisait réapparaître à l'état de traces plus ou moins sensibles quand elle avait déjà totalement disparu.

(1) Voici d'ailleurs le résumé des treize observations auxquelles il est fait allusion :

1o Augmentations. — 9 observations :

Veille de l'alimentation.	Jour de l'alimentation.
gr.	gr.
32.76	50.31
34.20	38.80
34.98	41.08
45.04	56.86
46.80	51.48
49.05	73.71
50.60	68.10

Ces trois faits ont une extrême importance, en ce sens qu'ils vont nous aider à déterminer le *moment précis de la reprise de l'alimentation*. En effet, j'ai pour règle de ne pas donner d'aliments solides tant que les décharges urinaires sont encore considérables, et tant que l'analyse révèle encore de l'albumine dans l'urine. En outre, quand la première ingestion d'aliments provoque une ascension brusque de la température ou un retour de l'albuminurie, je diminue et je suspends au besoin l'alimentation par les solides.

Et voici le motif qui me guide. J'ai décrit autrefois une variété de pyélo-néphrite catarrhale qui survient très fréquemment dans la convalescence des fièvres typhoïdes graves, et je crois avoir établi que cette pyélo-néphrite est due aux éliminations excessives de cette période, qui sont pour le rein comme un surcroît de fatigue. Tant que durent ces décharges, ou tant qu'une trace d'albumine indiquera encore un état pathologique du rein, on se gardera bien d'imposer à cet organe presque surmené le travail supplémentaire qui suit inévitablement les premières ingestions d'aliments solides. Comme les conditions précédentes se rencontrent plus fréquemment dans les formes graves que dans les formes simples de la maladie, il en résulte que l'alimentation devra être plus retardée chez les convalescents de fièvre grave que chez les convalescents de fièvre bénigne. Hippocrate l'avait dit déjà, avec la prescience de la clinique : il faut restaurer avec lenteur les corps amaigris lentement, et rapidement les corps amaigris en peu de temps. » Notez qu'il n'est nullement question de protester contre la grande conquête de l'alimentation des fébricitants, puisque nous alimentons dès le début de la maladie et pendant toute la durée de celle-ci ; il ne s'agit, je le répète, que des aliments solides et du moment le plus opportun où l'on puisse les permettre.

En général, voici la méthode que je vous conseille : dès que les températures du soir et du matin sont tombées au-dessous de 38°, donnez chaque jour deux potages au tapioca ou à la semoule, ou encore une panade. Au bout de deux jours, si les décharges urinaires sont terminées et si l'albumine a disparu, ajoutez un œuf sans pain et un peu de gelée de viande. Le quatrième jour, augmentez la quantité de gelée ou de jus de viande et donnez en plus de 3 à 6 petites huîtres et quelques pruneaux bien cuits à titre de dessert. Le cinquième jour, permettez du poisson léger, comme le merlan, et une pomme cuite dont le convalescent se gardera bien de manger les pépins. Enfin, du sixième au huitième jour, autorisez la côtelette, cet objet d'ambition pour l'affamé qui relève de la fièvre typhoïde. Aux repas, vous donnerez comme boisson du vieux vin de Bordeaux ou de Bourgogne, coupé d'eau de Saint-Galmier, de Vals ou de Pougues. Et, jusqu'au moment où le convalescent rentrera dans son alimentation normale, il devra continuer à absorber du lait dans l'intervalle de ses repas.

Ne vous en rapportez pas, dans cette délicate question de l'alimentation, à l'appétit des convalescents ; il faut savoir résister à leurs pressantes sollicitations et ne leur permettre de manger à leur faim que lorsque vous serez certains de la tolérance parfaite de leur tube digestif.

De minutieux soins de propreté, beaucoup d'air et de soleil, un grand repos moral, contribueront puissamment à hâter le retour à la santé.

Et surtout ne vous laissez pas entraîner à combattre comme des complications les *symptômes de décharge* qui sont si fréquents à cette période. Respectons la polygurie dont les malades s'effrayent quelquefois ; quelle que soit son intensité, elle cesse quand la « restitutio ad integrum » s'est effectuée. Ainsi j'ai vu un malade qui urinait neuf litres dans les vingt-quatre heures : beaucoup rendent de quatre à cinq litres ; d'autres sont atteints d'une véritable incontinence. Mais tout cela s'atténue au fur et à mesure que la guérison s'avance, et sans qu'il soit besoin de la moindre intervention thérapeutique. On peut en dire autant des divers dépôts urinaires et même de l'état ammoniacal des urines. J'ai démontré depuis longtemps que l'alcalescence de l'urine constituait plutôt un signe favorable, et que, dans les fièvres graves et de longue durée, elle persistait généralement jusqu'à la reprise de l'alimentation.

Nous sommes arrivés, messieurs, à la fin de la maladie. Le typhique s'alimente : il commence à engraisser et à reprendre des forces. Toutes ses fonctions se réveillent et se régularisent. Vous lui rendrez alors le plus grand service en l'incitant à changer d'air, et à borner provisoirement ses horizons aux douceurs de la vie végétative.

Application du traitement précédent et sa sanction clinique. Statistique générale et cas de mort.

I

La méthode du traitement basée sur la statistique chimique de la fièvre typhoïde réclame la sanction de la clinique. — Statistique générale des malades traités par cette méthode. — Comparaison avec diverses statistiques.

Messieurs,

Nous avons tenté de pénétrer plus avant dans la physiologie pathologique de la fièvre typhoïde, et les connaissances que nous avons acquises nous ont permis d'instituer le traitement sur de nouvelles indications. Puis nous nous sommes mis à rechercher quels étaient les moyens de remplir très exactement les indications qui découlaient de notre étude. Enfin, chacun de ces moyens a été soumis à une enquête expérimentale aussi sévère que possible pour laquelle nous avons appelé à l'aide toutes les ressources de la chimie biologique. Pour parfaire l'œuvre et répondre aux objections que la nature théorique de ces recherches ne manquerait pas de soulever parmi les médecins, il était cependant indispensable de leur donner la sanction de la clinique. Déjà l'accord à peu près complet de ma thérapeutique avec celle de M. le professeur Jaccoud, dont je vous rappelais précédemment l'encourageante statistique, constituait un des arguments positifs les plus puissants à faire valoir.

	Veille de l'alimentation.	Jour de l'alimentation.
	gr.	gr.
	50.77	57.33
	51.48	61.65
Moyenne.	43.98	55.48

Augmentations : 11 gr. 50=28.4 0/0.

2° Diminution. — 4 observations :

	Veille de l'alimentation.	Jour de l'alimentation.
	gr.	gr.
	42.12	33.69
	46.74	43.87
	57.91	56.27
	59.67	57.56
Moyenne.	51.61	47 84

Diminution : 3 gr. 77=7,3 0/0.

Mais on pouvait opposer que l'accord n'avait rien d'absolu, que je donne à mes typhiques des quantités de liquides plus considérables que M. Jaccond et que j'emploie des médicaments, tels que l'acide benzoïque, que mon éminent maître n'utilise jamais; enfin, que si nos moyens d'action sont souvent semblables, leurs indications sont parfois quelque peu divergentes.

Donc, il m'a semblé qu'une observation clinique personnelle pouvait seule fournir la sanction désirée; et depuis mon entrée dans les hôpitaux, c'est-à-dire pendant les années 1881, 1882, 1883 et 1884, j'ai appliqué indistinctement à tous les typhiques que j'ai eu à soigner le traitement dont vous connaissez maintenant l'ensemble et les détails.

Il est bien entendu que sur la méthode générale que je vous ai exposée sont venues se greffer, le cas échéant, des médications incidentes, nécessitées par telle particularité morbide, telle complication on par telle prédominance de l'une des indications maîtresses dont je vous ai donné précédemment le détail. En un mot, j'ai appliqué aussi strictement que possible à mes typhiques le traitement général et les traitements incidents dont l'exposé a fait le sujet de nos dernières leçons.

Quels ont été les *résultats* de cette thérapeutique? Pour vous en donner une idée bien précise, je vais vous résumer aussi rapidement que possible les particularités les plus saillantes de l'histoire des malades que j'ai traités. Après avoir envisagé la STATISTIQUE GÉNÉRALE, nous étudierons les cas de mort, et j'espère vous démontrer qu'aucun d'eux ne peut être mis sur le compte du traitement. Passant ensuite aux malades qui ont guéri, nous chercherons quelles ont été les modifications éprouvées par la température et par quelques symptômes, et vous verrez, à ce propos, combien notre traitement influence et modifie les troubles de la nutrition qui caractérisent d'une manière si personnelle le processus typhique. Nous terminerons par l'examen des complications, par une étude comparative de la marche et de la durée de la fièvre typhoïde ainsi traitée.

1re Catégorie. — Cinq malades morts d'intoxication typhique ou d'adynamie.

Numéros d'ordre	Sexe	Age	Début du traitement	Jour de la mort	FORME de la maladie.	ETAT antérieur du malade.	FAITS DOMINANTS observés pendant la vie.	LÉSIONS anatomo-pathologiques en dehors des lésions intestinales.	JOUR où le maximum thermique est atteint.
1	F.	23	9	11	Ataxo-adynamie.	Surmenage.	Délire, affaissement, diarrhée, purpura.	Reins congestionnés, rate énorme.	40.6 11e jour.
2	H.	20	8	11	—	Misère.	Délire, trismus, collapsus.	Rate, 520 gr. Foie gras.	41.0 11e jour.
3	H.	20	7	18	—	Surmenage.	Délire, vomissements.	Foie gras. Poumons légèrement congestionnés.	41.2 16e jour.
4	H.	35	13	20	—	—	Délire, collapsus, éruption pemphigoïde; un peu de dyspnée.	Foie gras. Poumons légèrement congestionnés.	40.8 15e jour.
5	F.	23	8	25	—	—	Délire, collapsus, constipation.	Reins congestionnés. — Cœur feuille morte.	40.6 24e jour.

Les malades auxquels j'ai donné des soins sont au nombre de 307; parmi ceux-ci, 30 sont morts, soit une mortalité de 9,7 0/0. Mais tous ces malades n'étaient pas également atteints, et, pour donner à cette statistique la portée qu'elle comporte, il faut grouper les faits suivant leur degré de gravité. Or, sur ces 307 malades, 139 furent gravement frappés, 128 eurent des formes moyennes et 40 des formes bénignes ou abortives. Défalcation faite des formes bénignes, le pourcentage de la mortalité donne 11,2 0/0, et si l'on fait le même calcul en n'y comprenant que les formes graves, on obtient une mortalité de 21,5 0/0.

Cette statistique peut être rangée au nombre des meilleures que nous possédions, puisque la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde s'élève, d'après les importantes statistiques de Murchison et de M. Jaccoud, de 18 à 19 0/0 (1). Il est vrai que les partisans de la méthode de Brand donnent des chiffres de beaucoup inférieurs, certaines statistiques allemandes arrivant à une mortalité presque illusoire de 1,6 et même de 0,6 pour 100 (2). Mais vous m'accorderez volontiers que de tels résultats imposent immédiatement l'idée que des embarras gastriques et des fébricules de divers ordres ont été traités comme fièvres typhoïdes et atténuent d'autant les chiffres que je viens de vous citer. D'ailleurs, en laissant de côté les statistiques parisiennes qui émanent pour la plupart de médecins auxquels la méthode de Brand n'a pas donné les succès auxquels prétend son auteur, on arrive à un total de 13,534 malades, sur lesquels 1,084 sont morts, soit 8 % (1). Si, à ces

(1) Murchison a étudié la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Londres, de 1848 à 1870. Sa moyenne était 17,27 pour 100, avec oscillations qui s'étendent du minimum de 12,82 à 28,42 p. 100.

Le même auteur a réuni 27,051 cas provenant de statistiques publiées en France, en Angleterre et en Allemagne, et ayant donné 4,723 morts, soit 17,45 p. 100.

Enfin, M. Jaccoud a publié une statistique plus considérable encore, qui porte sur 80,149 cas et s'étend de 1840 à 1881, et comprend des faits qui proviennent de diverses contrées de l'Europe et de l'Amérique. La mortalité moyenne est de 19,43 p. 100.

(2) D'après les statistiques de l'armée allemande, il y aurait eu à Stettin, de 1877 à 1881, 2 morts sur 186 typhiques, soit 1,6 pour 100. A Stralsund, pendant la même période, sur 300 typhiques, 2 seulement sont morts, soit 0,6 p. 100

cas, on ajoutait ceux de M. Tessier, de M. Féréol, de Maurice Raynaud, de M. Galtier, etc., on atteindrait 10 % et plus, c'est-à-dire un chiffre qui n'offre aucun avantage bien marqué sur la statistique personnelle de M. Jaccoud et sur la mienne (1).

J'en dirai autant, sans entrer d'ailleurs dans plus de détails, des nombreuses statistiques qui ont été données par différents médecins à l'appui de telle ou telle méthode de traitement, quand cette statistique porte sur assez de cas pour avoir une suffisante valeur de comparaison.

II

ÉTUDE DÉTAILLÉE DES CAS TERMINÉS PAR LA MORT. — Première catégorie : malades morts d'intoxication typhique. — Deuxième catégorie : malades morts de complications pulmonaires. — Troisième catégorie : malades morts de complications rénales, cardiaques et pulmonaires. — Quatrième catégorie : malades morts de complications diverses. — Résumé.

Prenons maintenant en détail tous nos CAS DE MORT et voyons quelles ont été les causes de la terminaison fatale.

Les 30 cas dont il s'agit se décomposaient ainsi : 17 hommes et 13 femmes, dont 13 de 19 à 24 ans, 8 de 25 à 29 ans et 9 au-dessus de 30 ans (2). Sur 28 cas, dans lesquels il a été possible de connaître assez exactement le début de la maladie, le traitement a été commencé 20 fois, du 4e au 9e jour, et 8 fois après le 10e jour.

La mort est survenue 10 fois du 11e au 19e jour ; 14 fois du 20e au 28e jour et 3 fois du 33e au 71e jour (2).

Les complications survenues dans ces 30 cas, et qui ont été plus ou moins la cause de la mort, doivent être catégorisées sous divers chefs; et, sans entrer dans l'histoire détaillée de chacun d'eux, il est cependant utile de vous en présenter un résumé rapide.

Ainsi, dans une *première catégorie*, cinq malades ont succombé sans qu'il ait été noté pendant la vie, ou à l'autopsie, aucune complication capable d'entraîner la mort. Tous ont été relativement traités de bonne heure, du quatrième au treizième jour (1).

La première, fille de 23 ans, entre le neuvième jour de sa maladie, couverte de purpura et en pleine stupeur. Le lendemain matin, son agitation est extrême; elle veut se jeter hors du lit ou se précipiter par la fenêtre. Nous apprenons par une personne de sa famille qu'elle fait des ménages, que depuis un mois et demi, elle a été absolument surmenée, travaillant toute la journée sans relâche et passant la plupart de ses nuits auprès d'une malade. Elle meurt le onzième jour, après une demi-journée de collapsus. Chose curieuse, la température n'a pas été hyperpyrétique pendant son court séjour à l'hôpital :

	T. M.	T. S.	Poids.
9e jour.	—	39.5	104
10 —	38.8	38.2	108
11 —	39.6	40.7	132

A l'autopsie, aucune lésion capable d'expliquer la mort; mais la rate énorme et diffluente, le foie graisseux, une légère congestion rénale, témoignent du caractère hautement infectieux de la maladie.

Le deuxième fait est celui d'un jeune homme de 20 ans, habitant Paris depuis quatre mois et épuisé par la misère et les privations, qui présente comme symptômes dominants une adynamie profonde, interrompue de temps à autre par des accès délirants, de la constipation et une vive dyspnée, que n'expliquait pas l'auscultation de la poitrine. Douze heures avant la mort, il y eut du trismus. Les températures suivantes furent relevées :

	T. M.	T. S.	P.	Resp.
8e jour.	—	40.4	—	—
9 —	29.2	40.6	116	52
10 —	40	40.6	146	56
11 —	40.3	41	150	60

A l'autopsie, on trouva une rate énorme (520 gr.), un foie gras, et des congestions peu appréciables des poumons et du rein.

Les troisième, quatrième et cinquième malades, âgés de 20, 23 et 35 ans, ont réalisé, à peu de chose près, le type présenté par la première, avec cette différence que la survie a été plus longue, puisque la mort n'est survenue que les 18e, 20e et 25e jour. Comme symptômes particuliers, en dehors de l'ataxo-adynamie, il a été noté chez le troisième des vomissements dus probablement à l'alcool; chez le quatrième, une éruption pemphigoïde sur le tronc; chez le cinquième, de la constipation. La température n'est hyperpyrétique que chez le premier malade; chez les deux autres, elle est plus souvent au-dessous qu'au-dessus de 40°, et le maximum thermique est atteint un et cinq jours avant la mort. Dans aucun de ces cas, l'autopsie ne révèle de complications.

Par conséquent, l'*intoxication typhique* paraît avoir été la seule cause de la mort; deux des malades qui ont succombé le plus rapidement étaient aussi ceux qui avaient été le plus affaiblis par le surmenage et les privations; les autres ont dû probablement au meilleur état de leur nutrition antérieure de résister davantage.

(1) 1° Résumé des statistiques principales sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids :

Brand...........	8141 cas.	600 décès.	7,40	p. 100
Vogl............	3284 —	348 —	12,20	—
Abel............	1125 —	52 —	4,62	—
Rollet..........	377 —	32 —		—
Mollière........	234 —	13 —	5,55	—
Bouveret-Tripier.	233 —	20 —	8,50	—
Mayet...........	52 —	9 —	17,37	—
Cayla...........	59 —	3 —	5	—
Liebermann.....	29 —	5 —	17,20	—

(2) Statistique de l'âge. — Cas de mort.

19 ans.	2 cas.	26 ans.	1 cas.	35 ans.	2 cas.
20 —	3 —	27 —	2 —	37 —	1 —
22 —	3 —	28 —	2 —	38 —	1 —
23 —	4 —	29 —	2 —	40 —	1 —
24 —	1 —	33 —	1 —		
25 —	1 —	34 —	3 —		

Début du traitement :

4e jour.	1 cas.	12e jour.	3 cas.
7e —	5 —	13e —	2 —
8e —	8 —	15e —	1 —
9e —	6 —	20e —	1 —
11e —	1 —		

(1) Date de la mort dans 28 cas :

11e jour.	3 cas.	20e jour.	1 cas.	28e jour.	4 cas.
13 —	2 —	21 —	3 —	33 —	1 —
16 —	1 —	22 —	2 —	36 —	1 —
17 —	1 —	23 —	2 —	71 —	1 —
18 —	2 —	25 —	1 —		
19 —	1 —	26 —	1 —		

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Lettres à M. le docteur F. DE RANSE, *directeur de la* GAZETTE MÉDICALE, *sur la théorie du microzyma et le système microbien.*

CINQUIÈME LETTRE.

SOMMAIRE. — Influence fâcheuse d'un préjugé séculaire. — Une vérité méconnue et ses conséquences intéressantes. — Un principe fondamental de l'hétérogénie solidement établi par un adversaire de la doctrine. — Les solides et les liquides de l'organisme réagissant les uns sur les autres. — Une distinction essentielle. — Les matières organisées et les matières organiques: les premières spontanément altérables, les secondes inaltérables. — Une expérience fondamentale concernant les générations spontanées, les ferments organisés et les ferments solubles. — Les germes de l'air sont essentiellement des microzymas. — Conclusion.

Masevaux (Alsace), 24 septembre 1886.

Monsieur,

Les deux expériences sur le sang et sur la viande, mis à l'abri des germes de l'air, démontrent tout le contraire de ce que leur auteur voulait prouver. Elles ont rendu incontestable l'impossibilité, dans les conditions ordinaires de température et d'humidité, de conserver inaltérées les matières organiques naturelles.

Cependant, si la question a été longtemps débattue, si M. Pasteur a pu poser en principe l'indestructibilité spontanée de ces matières et si sa foi à ce principe est à peine ébranlée — oui, puisque pour le sang il croit encore l'influence de l'oxygène nécessaire, — à quoi cela tient-il? Mais, uniquement à ce préjugé séculaire d'une matière vivante sans structure, qui empêche de reconnaître qu'il existe dans l'être organisé des éléments anatomiques autonomiquement vivants, vivants *per se*, en qui la vie est liée à l'organisation, comme je l'ai montré et expliqué pour le microzyma.

Si la vérité contraire à ce préjugé était comprise, tout s'expliquerait et deviendrait simple et intelligible; on verrait que la cause est la même qui agit dans l'être vivant pendant la vie, dans la partie qui en est détachée on issue et dans le cadavre. On comprendrait, entre autres, que si les résultats du fonctionnement des microzymas ne sont pas les mêmes pendant la vie et après la mort, c'est que les conditions de ce fonctionnement ont changé. C'est ce que je montrerai en écrivant sur la nutrition dans la théorie du microzyma. On comprendrait aussi comment les vibrioniens peuvent naître à même les tissus et humeurs grâce à l'évolution de ces microzymas dont la fonction a dévié; on comprendrait enfin comment la maladie peut résulter de ce fonctionnement anormal, dévié, du microzyma évoluant pour devenir bactérie.

Mais, ce que l'on comprendrait surtout, c'est, d'une part, comment l'altération spontanée du sang, de la viande, sont vraiment de l'ordre des phénomènes dits de fermentation et pourquoi M. Pasteur l'a méconnu; c'est, d'autre part, comment Pouchet, dans ses dernières expériences, avait raison contre M. Pasteur, lorsqu'il persistait à affirmer que les bactéries dont il constatait l'apparition n'avaient pas les germes de l'air pour origine; et comment il avait tort de soutenir que ces bactéries naissaient spontanément, puisqu'elles étaient le résultat de l'évolution des microzymas des matières de ses macérations.

N'est-il pas vrai que ces conséquences de la vérité méconnue sont *palpitantes d'intérêt*? C'est pour les rendre évidentes qu'il faut montrer qu'elles ressortent non seulement de mes recherches, mais de celles de tous les savants qui se sont occupés de la cause de l'altérabilité des matières organiques ou de la cause de l'apparition des vibrioniens ou des ferments dans les infusions ou dans les macérations.

L'altérabilité spontanée des matières organiques naturelles, que M. Pasteur a vérifiée malgré lui, est un fait constant, un point de fait comme on dit, qu'il n'est plus possible de nier. C'est plus qu'un fait, c'est une propriété indéniable de la matière vivante et de la matière qui a vécu, pour employer le langage de M. Denys Cochin. Il n'est pas nécessaire de ferments provenant des germes de l'air pour la produire, cette altération, qui — par les expériences mêmes du savant qui prétendait démontrer l'indestructibilité de la matière organique — est bien réellement spontanée, puisque sa cause réside dans la matière organique elle-même, si bien en elle-même qu'il l'a nommée, savoir: *une vie physique et chimique, des réactions inommées de solides et de liquides, des actions de contact et de diastases!*

Que cette cause, faute de pouvoir découvrir la véritable, ait été imaginée, peu importe, il ne reste pas moins acquis qu'en démontrant à son tour l'altérabilité spontanée des matières organiques naturelles, telles que la vie les constitue, M. Pasteur a vérifié et solidement établi ce principe fondamental de l'hétérogénie, qu'une certaine altération de la matière organique, qu'elle appelle fermentation, est nécessaire et précède toujours l'apparition des proto-organismes, c'est-à-dire, pour le cas qui m'occupe, des vibroniens. C'est là un côté intéressant de cette étude qu'il ne faut pas laisser dans l'ombre.

Mais avant de nommer la matière organique dont se servaient Pouchet et les spontéparistes anciens, il est nécessaire de revenir sur les importantes distinctions concernant cette matière que j'ai déjà plusieurs fois essayé de préciser.

Il faut noter d'abord que M. Pasteur distingue, avec tout le monde, dans la substance d'un organisme vivant, des solides et des liquides, qu'il dit capables d'agir les uns sur les autres, même dans une partie soustraite à l'animal pendant la vie et après la mort; mais il le fait sans avoir égard aux fonctions spéciales et très particulières des organes et des éléments anatomiques ordinaires de ces organes que l'on sait décrire. Pour lui, le sang, la viande, le lait, le foie, le pancréas, les nerfs, etc., sont, au même titre, de la matière organique; mettant sur le même rang ce qui est à l'état de dissolution dans les humeurs et dans les organes et ce qui y existe à l'état insoluble ou non dissons; ne distinguant pas entre ce qui est figuré, c'est-à-dire organisé, et ce qui est amorphe! Bref, c'est l'ensemble des matières solides et liquides, insolubles et figurées ou dissoutes, que M. Pasteur appelle *matières organiques naturelles que la vie constitue.*

Si M. Pasteur n'était pas possédé par le préjugé séculaire dont je parlais, il distinguerait dans ces matières organiques naturelles, qui ne sont pas, en tant que composés chimiques ou histologiques, *constituées par la vie*, mais qui *sont formées ou produites pendant la vie*, il distinguerait, dis-je, les éléments anatomiques des principes immédiats ou composés chimiques définis dont ils sont formés. Bref, il distinguerait dans l'organe, dans son tissu, leurs éléments anatomiques et leurs fonctions, et la matière chimique qui est leur substratum, pour les étudier séparément.

C'est cette distinction essentielle qu'il faut faire, si l'on

veut mettre dans le discours et dans les faits un peu de clarté, si ce n'est toute la lumière.

Je rappelle donc que de l'œuf, du sang, du lait, de la viande, des humeurs, des matières animales et des végétales, l'analyse immédiate apprend à extraire des principes incomplexes appelés principes immédiats. Les albumines, la caséine, la musculine, l'hémoglobine, l'osséine, la gélatine, le sucre de lait, le sucre de canne, etc., sont des matières organiques, et tout organe peut être réduit par l'analyse en quelques-unes de ces matières qui sont des principes immédiats formés pendant la vie.

Encore une fois, ces principes immédiats sont ce qu'en chimie on appelle matière organique.

Chimiquement, il n'y a pas de différence entre la matière de l'œuf, du sang, du lait, de la viande, etc., et la réunion des principes immédiats que l'analyse immédiate peut séparer d'un poids donné de chacune de ces substances. Avant comme après, il s'agit de matières organiques formées pendant la vie.

Remarquons que la substance de l'œuf, du sang, du lait, de la viande, etc., en tant que provenant de la substance d'un être organisé, peuvent non seulement être dites des matières organiques, mais *des matières organisées*; ce qu'elles sont en effet : car, si on les examine à temps, on leur découvre une structure, des éléments anatomiques ordinaires, parmi lesquels toujours les microzymas.

Mais on ne peut pas dire, et on ne dit pas, que les albumines, l'hémoglobine, la caséine, le sucre de lait, le sucre de canne, etc., qui sont des *matières organiques*, soient des matières organisées.

Il y a donc des matières organiques organisées et des matières organiques qui ne le sont point.

Il faut montrer que la distinction est fondamentale, non seulement en fait et logiquement, mais expérimentalement, à l'égard de l'altérabilité.

Nous savons déjà que les *matières organiques organisées* sont spontanément altérables; nous verrons qu'elles le sont nécessairement; prouvons maintenant que les *matières simplement organiques*, au contraire, ne le sont jamais d'elles-mêmes, et qu'à leur égard le principe de l'indestructibilité est absolu.

Autrefois, on ne faisait pas cette distinction et, même en 1859 encore, on se demandait pourquoi, tandis que le sucre de lait et la caséine se conservaient inaltérés, le lait se caillait et s'aigrissait dans des conditions d'ailleurs identiques. Ce n'est pas, cependant, que l'on ne crût alors à l'altération spontanée des principes immédiats en général, même des non azotés, tels que le sucre de canne, par exemple. Quant aux matières azotées albuminoïdes, leur altération était supposée donner naissance aux ferments en général, et, nous l'avons vu, Liebig croyait l'oxygène l'agent provocateur de la transformation.

L'expérience suivante, — celle-là même dont je parlais à la fin de ma seconde lettre, comme ayant été publiée peu de temps avant que Pouchet posât de nouveau la question des générations spontanées, — quoique je l'aie déjà citée souvent, je la rapporte ici, après l'avoir rappelée récemment à l'Académie de médecine, parce que, dans sa simplicité, elle est à la fois inattaquable en elle-même et dans ses conséquences, et qu'elle est fondamentale pour la théorie du microzyma et dans la discussion actuelle. Elle résout à la fois le problème concernant la nature essentielle de ce que l'on appelle les germes de l'air, celui de la vraie cause de l'altération de la matière organique, celui de l'origine des ferments organisés qui peuvent apparaître au contact de l'air et même celui de l'origine des ferments solubles. Je l'ai donnée avec détail dans un ouvrage *ex professo* sur les microzymas (1), je n'en donnerai que le résumé nécessaire à mon sujet.

En 1854, époque à laquelle remontent les débuts de mes études sur les ferments et sur les fermentations, et même encore plus tard, on assurait que le sucre de canne, en solution aqueuse, se transformait spontanément en sucre interverti (mélange de glucose et de lévulose à équivalents égaux), par la fixation des éléments de l'eau. On savait, d'ailleurs, que cette transformation pouvait s'opérer sous l'influence des acides, lentement à la température ordinaire, instantanément à l'ébullition.

Or, je démontrais qu'il était très facile de conserver inaltérée une solution de sucre de canne dans l'eau pure; il suffisait, pour cela, de la mettre absolument à l'abri des poussières atmosphériques, dans lesquelles j'admettais qu'il existait ce que l'on appelle des germes.

Je fis ensuite la remarque suivante : j'avais ajouté à ma solution sucrée une certaine quantité de chlorure de zinc fondu, c'est-à-dire exempt d'acide libre, et il se trouva, malgré que la solution fût à réaction acide, que le sucre ne subissait aucune transformation, bien que la solution eut en le contact de l'air.

J'interprétais ce résultat en disant que le chlorure de zinc, ou bien tuait les germes de l'air ou stérilisait la solution pour les germes. J'imaginai alors que les agents réputés antiseptiques, la créosote ou l'acide phénique, par exemple, pourraient bien avoir les mêmes propriétés, et c'est ce qui se vérifia. En effet, des solutions de sucre de canne de diverses concentrations ne subissent aucune trace de transformation lorsqu'elles sont additionées d'une très petite quantité suffisante de créosote ou d'acide phénique. C'était là, comme je l'avais dit, la solution du problème de l'antisepticité, dont M. Pasteur appliqua, six ans plus tard, le principe dans son expérience sur la viande.

Mais, si la solution sucrée était abandonnée à elle-même dans des vases de verre d'une propreté irréprochable, au contact d'un volume, même limité, d'air ordinaire, la transformation s'opérait progressivement, en même temps que des productions organisées, des moisissures y apparaissaient!

En publiant la première ébauche de cette expérience, — c'était en 1855, — je notais la présence des moisissures, sans leur attribuer, toutefois, la transformation du sucre de canne. En effet, si c'était chose commune de voir des moisissures ou des infusoires se développer dans des solutions ou dans des infusions, nous le savons, on refusait, avec force raisonnements, de leur attribuer un rôle dans les fermentations et de les considérer comme douées d'activité chimique. Aussi, ne faut-il pas s'étonner si, lorsque j'en vins à affirmer que les moisissures étaient la cause de l'interversion, c'est-à-dire de la transformation du sucre de canne, on commença par le nier.

J'ai mis deux ans à me démontrer à moi-même que les moisissures nées dans l'eau sucrée étaient la cause unique de l'interversion du sucre de canne. Le mémoire contenant l'exposition de toutes les conséquences déduites de l'expérience, a été présenté à l'Académie des sciences à la fin de 1857, et publié en septembre 1858 (2).

(1) *Les Microzymas, etc.* — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) *Annales de chimie et de physique* (3), t. LIV, p. 28.

Les conséquences sont précisément celles dont je parlais tout à l'heure. Je vais les reprendre une à une; mais je doie dire d'abord, pour que le tableau en soit complet, qu'indépendamment de la transformation du sucre de canne en sucre interverti, j'avais constaté la formation d'un acide volatil, c'est-à-dire que l'interversion s'accompagnait d'un véritable phénomène de fermentation; plus tard, complétant l'observation, je prouvais que l'acide formé était l'acétique, et qu'en même temps de l'alcool était produit. Il était ainsi démontré que le sucre pouvait s'intervertir et fermenter rien que par les moisissures nées de la solution sucrée et des germes encore hypothétiques de l'air.

Or, il était reçu dans la science que les ferments ne pouvaient se former que grâce à la présence et à l'altération de quelque matière albuminoïde, sous l'action de l'oxygène de l'air. C'est pour combattre ce préjugé que j'avais employé dans mes expérience du sucre très pur, en m'assurant spécialement qu'il ne contenait aucune trace d'une matière albuminoïde quelconque.

Cela posé, les moisissures, en tant que végétaux cryptogamiques, étant évidemment organisées et vivantes, des champignons microscopiques dont le mycélium et les spores étaient très apparents, puisque dans l'expérience n'étaient intervenus que le sucre, l'eau, l'air et le verre qui les contenait; que d'ailleurs le sucre de canne ne peut à aucun point de vue s'organiser, vu sa composition et sa nature, pas plus que les éléments chimiques de l'air, j'ai conclu que ces moisissures ne pouvaient être nées spontanément de substance incapables de s'organiser et qu'il fallait nécessairement que leurs germes existassent dans l'air, puisqu'ils ne se trouvaient ni dans l'eau, ni dans le sucre, ni dans le verre, et qu'il est d'ailleurs si facile d'empêcher l'eau sucrée de subir une altération quelconque.

Je concluais donc contre la génération spontanée et pour l'existence des germes de l'air. Je faisais remarquer, de plus, que les moisissures nées dans un milieu absolument dépourvu de matières albuminoïdes en contenaient, formant leurs matières albuminoïdes propres en même temps que les autres matériaux de leurs tissus. Et nous verrons bientôt comment cette remarque m'a conduit à la découverte de la véritable théorie de la nutrition, dont les conséquences sont si importantes pour la pathologie.

En outre, étudiant ensuite ces moisissures en elles-mêmes, je les introduisais dans de nouvelle eau sucrée préalablement rendue stérile par une addition de créosote, et je constatais que l'interversion et la fermentation avaient lieu bien plus rapidement. Ces moisissures étaient donc personnellement des ferments!

Il résultait donc aussi de cette dernière expérience que la créosote ou l'acide phénique, qui empêche la naissance des moisissures, n'entrave point leur activité transformatrice, c'est-à-dire ne les empêche pas d'agir comme ferments. Principe qui, comme nous le verrons, a permis de découvrir la fonction des microzymas des tissus et leur propriété d'évolner pour devenir bactéries.

Mais l'interversion du sucre de canne et la production de l'acide acétique ou de l'alcool sont-ils dus à la même action des moisissures? En d'autres termes, sont-ils des phénomènes du même ordre?

Pour le découvrir, j'ai séparé ces moisissures, puis les ayant bien lavées et essorées, je les ai broyées avec du sucre de canne dans le but de déchirer leur tissu et mettre le contenu de leur organisme en contact avec le sucre; alors j'ai repris par l'eau créosotée au degré convenable, j'ai filtré et abandonné la solution à elle-même: le sucre s'est peu à peu interverti sans subir d'autre altération. J'ai conclu de l'expérience que les moisissures contenaient, dans leur intérieur, une matière soluble analogue à la diastase, laquelle transforme le sucre de canne en sucre interverti, par le même mécanisme que la diastase transforme la fécule en dextrine, puis en glucose. Au contraire, pour que l'alcool et l'acide acétique se produisissent, il fallait nécessairement la présence de la moisissure elle-même, dont l'organisme devait rester entier. Nous verrons également l'importance de cette expérience pour l'établissement de la véritable théorie de la nutrition.

C'est ainsi qu'a été établie la distinction fondamentale entre les *ferments figurés*, de leur nature organisés et insolubles, et les *ferments solubles*, de leur nature non organisés.

La moisissure forme le ferment soluble comme elle forme sa matière albuminoïde; le ferment soluble est un principe immédiat au même titre qu'elle, seulement c'est un principe immédiat doué d'activité chimique spéciale.

Les ferments solubles, je les ai appelé plus tard des *zymases*, nom qui rappelle comment ils tiennent aux ferments figurés.

Bref, il était démontré que les zymases, loin d'être des matières albuminoïdes en voie d'altération, sont, au même titre que celles-ci, des produits physiologiques normaux de l'activité fonctionnelle d'êtres vivants. J'ai établi ainsi la relation qui lie la production des zymases à la vie des organismes microscopiques appelés ferments. Dans un organisme supérieur, les zymases sont les produits du fonctionnement des microzymas qui, eux aussi, sont des ferments figurés.

La zymase est donc, dans la moisissure, le ferment glucosique du sucre de canne comme la diastase dans l'orge germée est le ferment soluble glucosique de la matière amylacée. J'ai formulé plus tard, en loi physiologique, l'ensemble expérimental concernant les ferments solubles. En voici l'énoncé:

« Une zymase est toujours le produit de l'activité d'une cellule ou d'un groupe de cellules vivantes; spontanément, aucune matière albuminoïde ou autre ne devient une zymase ou n'acquiert les propriétés des zymases. Partout où celles-ci apparaissent, on est sûr de trouver quelque chose d'organisé. » (1).

J'ai démontré, enfin, à l'aide d'expériences, qu'il serait fastidieux de raconter, et d'un appareil qu'il serait trop long de décrire, que ce que j'appelais hypothétiquement des germes de l'air ne sont autre chose que des microzymas, sur quoi j'insisterai dans la prochaine lettre.

Voilà comment j'ai réduit à néant la croyance à l'altération spontanée de la matière organique, c'est-à-dire des principes immédiats extraits des matières organisées; je ferai voir, en effet, que ce qui est vrai du sucre de canne l'est également de tous les autres, des matières albuminoïdes comme des matières dites hydrates de carbone.

Si je n'ai pas hésité à donner ces longs développements sur cette expérience, c'est qu'elle est à la fois le point de départ de mes recherches sur les fermentations, et, comme conséquence, celui de la théorie du microzyma. Je vous rappellerai, monsieur et éminent collègue, comment cette théorie s'en est dégagée et comment elle résout la question tant controversée

(1) COMPTES RENDUS, t. LXVI, p. 421, 1868. Voir aussi *Dict. de Littré*, article ZYMASE.

de l'origine des bactéries, l'objet essentiel de ma dispute avec mes honorables contradicteurs.

Agréez, etc.

A. Béchamp.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Dermatologie et Syphilis (1)

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

VI. Sur les méthodes galvano-chirurgicales pour l'enlèvement des poils dans les régions qui normalement en sont dépourvues, par le docteur Michelson, de Kœnigsberg. — VII. Sur le traitement mécanique des affections cutanées, par M. O. Rosenthal, de Vienne. — VIII. Un cas de rhinosclérome traité par le sublimé. Guérison, par le professeur Doutrelepont, de Bonn. — IX. Sur les bacilles de la syphilis, par le même. — X. Sur le traitement abortif de la syphilis, par M. Lipp, de Graz. — XII. Sur le traitement mercuriel prolongé de la syphilis, par M. Caspary, de Kœnigsberg.

VI. On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps, en Amérique et en Angleterre d'abord, puis en Allemagne, et tout dernièrement en France (2), de l'emploi d'appareils galvano-caustiques pour l'épilation radicale des parties du tégument externe exposées à la vue et envahies par une pousse de poils inopportuns. M. Michaelson a traité cette question de thérapeutique esthétique dans tous ses détails. Il a présenté les instruments divers qu'on a imaginés pour rendre aussi commode et aussi peu désagréable que possible l'application du courant électrique à l'épilation. Il a finalement résumé sa communication dans les quelques lignes qui suivent :

(a) Pour l'épilation, il y a lieu de préférer la méthode électrolytique à la méthode galvano-caustique, aussi bien pour le traitement du trichiasis que pour celui de l'hypertrichosis. Le principal inconvénient des appareils galvanocaustiques employés pour l'épilation consiste dans la facilité avec laquelle se plient les aiguilles (utilisées comme cautères) lorsqu'elles ont une finesse suffisante.

(b) Au moyen de l'électrolyse, on réussit à détruire les poils de toutes formes et de toutes dimensions, sans difformité, voire dans certains cas sans aucune cicatrice visible.

(c) Quand on a recours à cette méthode, il faut s'abstenir de faire usage de la pince à épilation et abandonner à la nature l'élimination du poil électrolysé.

(d) Parmi les différents porte-aiguilles qu'on a imaginés, il faut donner la préférence à ceux construits de telle sorte que la partie qui saisit l'aiguille, est appendue à des fils métalliques minces et isolés.

(e) Avec cet instrument, on peut s'attaquer d'un seul coup à deux poils voisins, du moins quand on opère sur une région facilement accessible.

(f) Il ne faut employer que des courants très faibles (de 1 à 3 milliampères).

(e) Une action caustique directe n'est pas nécessaire pour détruire l'activité génératrice de la matrice du poil.

VII. Le traitement *mécanique* préconisé par M. O. Rosenthal contre un certain nombre d'affections cutanées, — acné rosacea et simple, sycosis parasitaire, télangiectasies, kéloïdes, et d'une façon générale dermatoses nécessitant pour leur guérison, l'élimination, la destruction ou la résorption de produits pathologiques, une plus grande activité circulatoire, une distension de tissus en état de rétraction cicatricielle, — ce traitement n'est autre que le procédé des scarifications linéaires imaginé par M. Vidal contre le lupus, et combiné avec des manœuvres de massage. Voici la description que donne l'auteur de son *modus faciendi :*

Des scarifications cutanées très fines, très rapprochées les unes des autres, sont tracées dans toutes les directions au siège de la dermatose, puis on promène par dessus un tampon d'ouate, en lui imprimant des mouvements centripète et circulaires de massage. Cette pratique ne développe qu'une douleur insignifiante ; la perte de sang, au siège des scarifications, n'a rien d'inquiétant ; il n'y a pas non plus à craindre la persistance de cicatrices. L'emploi des émollients, des parasiticides, des agents susceptibles d'activer la résorption ne peut qu'appuyer les bons effets du traitement, ajoute M. Rosenthal.

VIII. M. Doutrelepont a donné des soins à un homme âgé de 34 ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, qui n'avait jamais eu d'éruption cutanée, qui n'avait pas contracté la syphilis, lorsqu'il s'aperçut pour la première fois, vers le milieu de l'année dernière (1886), de l'apparition d'un mal à la figure. Il ne s'en préoccupa point d'abord. Plus tard, il a suivi un traitement composé d'applications de pommades *loco dolenti,* et de l'administration interne de pilules arsenicales.

Le 30 avril de cette année, le malade se présenta à M. Doutrelepont, avec les lésions du rhinosclérome. Toute la lèvre supérieure, mais principalement la moitié droite, était considérablement tuméfiée, et présentait, dans la profondeur, la dureté de l'os. La cloison du nez et le rebord inférieur de la narine droite réalisaient la même anomalie. Un peu plus en dehors et au-dessous, on apercevait, sur la joue droite, un îlot d'infiltration, du diamètre d'une pièce de 50 pfennings, et qui faisait une saillie de 3 millim. au-dessus des parties circonvoisines. Une ligne de démarcation très nette séparait les parties saines des parties malades. Les muqueuses étaient indemnes ; les ganglions n'étaient pas engorgés. Nulle trace de syphilis.

Partant de cette idée que le rhinosclérome est une affection d'origine bacillaire (la présence des bacilles spécifiques a été constatée sur des préparations provenant d'un fragment de peau enlevé chez le malade, au siège de l'infiltration), M. Doutrelepont prescrivit des onctions avec une pommade au sublimé (lanoline comme excipient) à 1 0/0. Le 13 du mois dernier, la guérison était presque complète ; il ne subsistait plus qu'une légère induration de la cloison.

IX. Dans une autre communication, M. Doutrelepont s'est occupé des rapports des bacilles du smegma avec ceux qu'on trouve dans l'épaisseur des tissus, au siège des lésions syphilitiques. On se souvient que, dans une communication à

(1) Communications faites à la *Section de Dermatologie et Syphilis,* de la 59e réunion des naturalistes et médecins allemands, tenue à Berlin du 18 au 24 septembre 1886. Analysées d'après le Tageblatt, compte rendu officiel des travaux de la réunion.

(1) Voir une communication de M. Brocq, à la Société médicale des hôpitaux, séance du 28 mai 1886.

l'Académie de médecine (séance du 4 août 1885), MM. Alvarez et Tavel avaient conclu, on peu s'en faut, à l'identité de ces deux variétés de bacilles. M. Doutrelepont rappelle que les recherches de Lustgarten, de Matterstock, de Klemperer et les siennes propres ont mis en lumière une première différence entre les bacilles du smegma et ceux qui infiltrent les tissus frappés par la syphilis; les premiers, traités par les réactifs colorants bien connus, se décolorent rapidement au contact de l'alcool, contrairement à ce qui a lieu pour les seconds; ceux-ci, par contre, se décolorent rapidement quand on traite la préparation par un acide, ce qui n'arrive pas pour les bacilles du smegma. Ces caractères des bacilles de la syphilis, M. Doutrelepont les a constatés récemment sur des préparations provenant d'une gomme de la dure-mère, au sujet desquelles il est inadmissible de faire intervenir une immigration accidentelle de bacilles du smegma, comme on l'a fait pour les préparations de tissue enlevés sur le gland. Dans le cas en question, les bacilles se retrouvaient presque sur toutes les coupes. Les préparations étaient d'abord colorées avec du bleu de gentiane ou du violet de méthyle, puis décolorées à l'alcool et colorées une seconde fois avec la safranine. En outre de ces bacilles, l'auteur a découvert dans les préparations, des amas granuleux qui ne sont, à ses yeux, que des débris de bacilles.

En somme, M. Doutrelepont conclut que la découverte des bacilles du smegma n'ébranle aucunement la découverte des bacilles qui siègent dans l'épaisseur des tissus, au siège des lésions syphilitiques, que ces bacilles, avec leurs caractères propres, n'ont été retrouvés jusqu'ici dans aucune autre maladie, que dès lors leur présence est en rapport direct avec la syphilis. Préciser la nature de ce rapport serait aujourd'hui prématuré. M. Doutrelepont a reconnu d'autre part que les tentatives faites jusqu'ici pour obtenir des cultures pures de ces bacilles ont échoué.

X. La question du traitement abortif de la syphilis a fait l'objet d'un débat très étendu et très intéressant, au dernier Congrès de Wiesbaden, débat qui a été analysé d'une façon détaillée *in* Journal des Sociétés scientifiques, nº 22, p. 215. L'opinion qui a prévalu est que, dans l'état actuel des choses, le traitement abortif de la syphilis ne donne que des résultats illusoires. Néanmoins, M. Lipp estime qu'on doit instituer le traitement spécifique avant l'éclosion des premières manifestations secondaires et dans le but de prévenir celles-ci. Pour atteindre ce résultat, il faut recourir à la médication la plus appropriée, dans le plus bref délai possible après l'infection faire pénétrer l'agent spécifique par une voie convenablement choisie, de façon qu'il puisse atteindre les germes spécifiques lorsque déjà ils sont parvenus dans les humeurs du sujet contaminé. Aucune des méthodes de traitement employées jusqu'ici répond d'une façon satisfaisante à ces indications. L'auteur a fait des tentatives pour arriver à découvrir une médication abortive idéale. Il a combiné l'administration interne du mercure avec l'administration par la voie cutanée, cette dernière sous forme d'injections sous-cutanées, on sous forme d'applicatione topiques au siége du chancre préalablement couvert de scarifications. Il considère l'administration du mercure par la voie hypodermique comme indispensable pour obtenir de bons résultats au début de la syphilis. Voici des faits cités par l'auteur en faveur de sa manière de faire :

M. Lipp a traité en tout, d'après les principes qu'il a exposés, 7 femmes affectées d'un chancre induré avec engorgement ganglionnaire primitif; 2 de ces femmes n'ont encore présenté aucun accident secondaire, l'infection remontant chez l'une à 42, chez l'autre à 49 semaines. Le traitement a été institué chez l'une, deux à quatre semaines, chez l'autre environ quatre semaines et demie après l'infection. Chez la première, on a fait, en l'espace de six semaines, 24 injections sous-cutanées de calomel (de 0,4 chaque), en même temps que la malade a pris à l'intérieur 4 grammes, en tout, de tannate d'oxyde de mercure; chez la seconde, la cure s'est composée d'injections sous-cutanées de sublimé (en tout 0,22) mis en suspension dans une solution de chlorure de sodium, et de l'administration interne de tannate d'oxyde de mercure (en tout 7 gr. 60 en l'espace de cinq semaines et demie de séjour d'hôpital). Après sa sortie, la malade a dû prendre encore 2 gr. 40 de cette préparation. Des cinq autres malades, trois ont eu des accidents secondaires très atténnés, une quatrième des manifestations multiples, de peu de gravité d'ailleurs.

La dernière malade présentait à son entrée à l'hôpital des complications variées, de telle sorte que le cas se prêtait mal à l'expérience tentée par M. Lipp. Ce dernier conclut qu'en somme il a obtenu des résultats supérieurs à ceux qu'ont donné jusqu'ici les essais de médication abortive faits sur des syphilitiques.

XI. M. Caspary se pose en adversaire des cures mercurielles antisyphilitiques prolongées et répétées suivant la méthode préconisée par Fournier en France et qui compte aujourd'hui beaucoup de partisans en Allemagne. Entre autres arguments invoqués en faveur de cette méthode, il y a celui qui consiste à prétendre que les syphilis mal ou insuffisamment traitées à leur début conduisent toujours à des accidents tertiaires graves. A cela Caspary répond que beaucoup de praticiens professent une opinion contraire, qu'on connaît d'autre part des exemples de réinfection chez des sujets qui n'avaient pas été soumis à des cures mercurielles prolongées. Sans compter que des adeptes de la pratique de Fournier imputent à l'abus du mercure des inconvénients graves. Ainsi Unna attribue les rétrécissements syphilitiques du rectum à l'action du mercure employé dans un but thérapeutique, opinion que Caspary est loin de partager. A vrai dire, le principal argument, développé par Caspary, est d'ordre éminemment théorique. Il semble difficile d'admettre, dit ce médecin, qu'un médicament, d'une efficacité si héroïque comme celle du mercure, puisse être administré impunément pendant des mois et des années. Il conclut qu'il appartient à Fournier et à ses partisans de fournir des statistiques qui démontrent d'une façon claire et irréfutable la supériorité des cures mercurielles prolongées, en tant que médication préventive des accidents tertiaires graves. Jusque-là M. Caspary, édifié par les résultats de sa pratique personnelle, continuera de s'en tenir au traitement symptomatique des manifestations de la syphilis.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies exotiques

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III. Quelques considérations sur l'herpès parasitaire dans les pays chauds et sur son traitement par le

cassia alata. — Thèse de Paris, par Léopold COUILLEHAULT.

III. M. Léopold Couillehault a consacré sa dissertation inaugurale à l'herpès parasitaire dans les pays chauds et à son traitement par le « Cassia Alata », arbuste d'un port élégant rangé par Linnée dans la classe des *légumineuses césalpiniées* et classée par M. de Candolle dans la section *Herpetica*. On sait que, dès 1846, le Suédois Malmstein avait décrit scientifiquement le champignon de l'herpès tonsurant découvert par Gruby, et lui avait donné le nom de « Trichophyton », qui lui est resté. Quelques années plus tard, on découvre le champignon de l'herpès circiné, que Bazin et Hardy démontrent être le même que celui de l'herpès tonsurant. Pour ces auteurs, c'est le même cryptogame, le trichophyton, qui produit l'herpès circiné, l'herpès tonsurant et le sycosis. Ces trois affections ne devraient leur ressemblance apparente qu'à leur siège différent. L'herpès circiné est très fréquent en Cochinchine et à la Martinique. On l'observe chez l'indigène comme chez l'Européen, à tous les âges, dans tous les rangs, dans toutes les conditions; mais surtout chez le soldat, en raison, dit M. Couillehault, des facilités de contagion que réalise au plus haut point la vie en commun des casernes. On y trouve aussi deux autres formes de trichophytie qui correspondent aux variétés décrites sous les noms d'érythème circiné parasitaire et pityriasis alba parasitaire. De l'avis des médecins qui exercent depuis longtemps dans ces colonies, l'herpès tonsurant y est rare. M. Couillehault ne l'a pas rencontré. Il est vrai que la plupart de ses observations ont porté sur des adultes, tandis que la teigne tondante se développe ordinairement chez les enfants.

Le *lichen tropicus*, qui prend sous les aisselles une forme circinée, ainsi que l'intertrigo, peuvent être pris pour de l'herpès parasitaire. Celui-ci s'en distingue par son extension centrifuge pendant que le centre se guérit, par les démangeaisons plus vives, et surtout par la rapidité de son extension aux parties voisines. Si l'on a le moindre doute sur la nature de la maladie, le microscope, en montrant le parasite dans les débris épidermiques, éclaire immédiatement le diagnostic.

La teinture d'iode en badigeonnages réussit assez souvent. Mais, d'après M. Couillehault, la guérison serait rarement définitive. Le soufre, le sublimé, l'huile de Cade ont encore moins réussi que la teinture d'iode, entre les mains de l'auteur. Quant à l'arosoha, il n'a pas été essayé. M. Couillehault donne la préférence aux frictions faites avec les feuilles de cassia alata légèrement humectées d'eau pure. Il faut avoir soin de laisser le suc qui s'en exprime se dessécher sur les plaques d'herpès. Dans les cas où l'on est obligé d'avoir recours à une préparation pouvant se conserver longtemps, à bord des navires et dans les régions où on ne trouve pas le Cassia alata, M. Couillehault conseille l'extrait acétique préconisé par M. Porte.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

REVUE DES THÈSES

DES LAITS FERMENTÉS ET DE LEURS USAGES THÉRAPEUTIQUES, par J. SAILLET. — Thèse de Paris, 1886.

Après avoir fait l'historique de l'emploi du Koumys, en avoir décrit la composition, les propriétés, les applications thérapeutiques et le mode d'emploi, l'auteur consacre plusieurs chapitres à deux autres produits similaires, qui sont comme les Koumys à la fois aliment et remède, reconstituants et analeptiques. En outre, ils offrent sur lui l'avantage d'un prix de revient peu supérieur à celui du lait de vache lui-même, d'être d'une préparation simple et d'un goût agréable. Ces produits sont: 1o Les laits de Champagne, dans lesquels le lait d'ânesse est remplacé par du lait de jument; 2o le Képhir, fabriqué avec du lait de chèvre.

L'auteur donne avec d'assez grands détails les modes de préparation, la composition chimique et les propriétés de ces deux composés thérapeutiques; s'appuyant sur le résultat d'expériences faites sur trois malades pour le lait de Champagne, sur sept pour le Képhir, il arrive aux conclusions suivantes :

Ces deux laits fermentés ne sont pas succédanés l'un de l'autre. Le lait de Champagne, par sa teneur en alcool et en acide carbonique, semble indiqué dans les cas de gastrite alcoolique et dans les cas de vomissements incoercibles. Le Képhir paraît seul digne de la définition : *aliment complet à son maximum de digestibilité*, grâce à l'état sous lequel se présentent ses matières albuminoïdes; l'auteur termine en émettant le vœu de la création, dans les vallées françaises, d'une station de Képhir, où les dyspeptiques, les convalescents et les tuberculeux surtout trouveraient avec les laits fermentés, l'air pur et l'appétit, le calme et le sommeil. E. R.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Trail est maintenu dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale pendant l'année scolaire 1886-1887.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Porteret, docteur en médecine, est nommé, pour deux ans, chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Masson, démissionnaire.

M. Hugounenq, agrégé, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1886-1887, des fonctions de chef des travaux du laboratoire de chimie organique, en remplacement de M. Guérin, dont le temps d'exercice est expiré.

***

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS. — Par arrêté ministériel, en date du 14 octobre 1886, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Poitiers est déclarée vacante.

***

HOPITAUX DE PARIS. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux de Paris sont prévenus que les travaux anatomiques ont commencé le 18 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours ont lieu tous les jours à quatre heures.

1° Anatomie topographique : M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques. — 2o Anatomie descriptive : M. le docteur Ricard, premier prosecteur. — 3o Physiologie : M. le docteur Walther, deuxième prosecteur. — 4° Histologie : M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert pendant toute la durée des travaux anatomiques.

HOPITAUX DE LYON. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Andry, Tellier, Chabannes, Moncorgé, Chabalier, Rossigneux, Pic, Barbier, Cuilleret, Dobard, Lacroix, Durand et Michon.

Hospices d'Orléans. — Un concours pour deux places d'internes à l'Hôtel-Dieu d'Orléans s'ouvrira le 29 octobre 1886, à une heure.

Les candidats devront se faire inscrire et déposer leurs pièces au secrétariat des hospices d'Orléans, où ils recevront tous les renseignements sur ce concours.

***

Écoles municipales d'infirmières. — Les cours d'infirmières de la Pitié, 1, rue Lacépède, ont recommencé lundi 11 octobre, à huit heures du soir, et les cours de l'École de la Salpêtrière (boulevard de l'Hôpital) le mardi 12 octobre, à la même heure. Ces cours sont publics et gratuits. On s'inscrit au bureau de la Direction des deux hôpitaux, le matin, de neuf heures à midi.

L'enseignement, dirigé par M. Bourneville, comprend les cours suivants : 1° à la Pitié : Anatomie, M. Ch. Petit-Vendol ; physiologie, M. le docteur P. Regnard ; pansements, M. le docteur P. Poirier ; hygiène, M. le docteur Gilles de la Tourette ; soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, M. le docteur Maigrier ; administration et comptabilité hospitalière, M. Girard ; petite pharmacie, M. Yvon. — 2° à la Salpêtrière : administration, M. Le Bas ; anatomie, M. le docteur Gautiez ; physiologie, M. le docteur P. Regnard ; pansements, M. le docteur P. Poirier ; soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, M. le docteur P. Budin ; hygiène, M. le docteur Ch. Féré ; petite pharmacie, M. Yvon.

***

— Par arrêté ministériel, en date du 2 octobre 1886, la franchise est accordée aux maires pour correspondre, dans l'intérêt du service de protection des enfants du premier âge, avec les médecins inspecteurs de ce service ; cette franchise est également accordée aux médecins inspecteurs pour correspondre avec les préfets, les sous-préfets et les maires de leur circonscription médicale.

***

Service de santé militaire. — *Concours de 1886*. — Liste, par ordre de mérite, des candidats nommés élèves du service de santé militaire, à la suite du concours d'admission, avec l'indication des hôpitaux auxquels ils sont affectés :

Candidats à quatre inscriptions : 1. Cultin (Nancy). — 2. Cuvillier (Lille). — 3. Jacquet ; 4. Braun ; 5. Steinmetz (Nancy). — 6. Laporte (Le Dey, à Alger). — 7. Simonot (Saint-Martin). — 8. Georges (Nancy). — 9. Démery (Montpellier). — 10. Morigny (Saint-Martin).

11. Haury (Gros-Caillou). — 12. Bourrus (Bordeaux). - 13. Malafosse (La Charité, à Lyon). — 14. Rascol (Saint-Martin). — 15. Thiébault (Nancy). — 16. Mangour (Bordeaux). — 17. Surel (Lille). — 18. Duron ; 19. Lehmann (Nancy). — 20. Daga (Saint-Martin).

21. Payerne (La Charité, à Lyon). — 22. Tardos (Bordeaux). — 23. Hénault (Gros-Caillou). — 24. Mathis (Reims). — 25. Lucy ; 26. Cauvet (La Charité, à Lyon). — 27. Rougier (Bordeaux). — 28. Barisian (Gros-Caillou). — 29. Le Renard (Rennes). — 30 Sibut (Nancy). — 31. Monceaux (Lille). — 32. Maire (Nancy).

Candidats à huit inscriptions : 1. Benoit, dit Becker (La Charité, à Lyon. — 2. Destrez (Gros-Caillou). — 3. Legrain (Nancy). 4. Terrail (Saint-Martin). — 5. Patris (Gros-Caillou). — 6. Vignier ; 7. Caillier (Bordeaux). — 8. Lovy (Saint-Martin). — 9. Bourguedieu ; 10. Labougle (Bordeaux). — 11. Vigerie (Lille). — 12. Blanc (Toulouse).

Candidats à douze inscriptions : 1. Küster (Le Dey, à Alger). — 2. Gilliard (Gros-Caillou). — 3. Thérault (Saint-Martin). — 4. Petit (Gros-Caillou). — 5. Louis (La Charité, à Lyon). — 6. Hamaide (Saint-Martin).

Candidats à seize inscriptions : 1. Gresset (Saint-Martin). — 2. Castelli ; 3. Marion (La Charité, à Lyon). — 4. Lenez (Nancy). — 5. Méchin (Gros-Caillou).

Ces élèves devront se présenter le 10 novembre prochain à MM. les médecins-chefs de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte auxquels ils ont été affectés.

***

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 29 septembre 1886 :

M. le médecin-major de première classe Liénard a été désigné pour le 25° d'artillerie.

M. le médecin-major de première classe Collin a été appelé à occuper l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Sedan.

M. le médecin-major de deuxième classe Weil a été désigné pour le 101° d'infanterie.

M. le médecin-major de deuxième classe Schmit a été désigné pour le 17e bataillon de chasseurs à pied.

M. le médecin-major de deuxième classe Villary a été désigné pour le 5° bataillon de chasseurs à pied.

— Par décret, en date du 9 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les docteurs Ravaud, Cartier, Brunet, Japiot, Barthelemy, Saint-Martin, Serrigny, Stahl, Rasurel, Serbouce, Truffet, Fleurot, Lemaire, Coutal, Popu, Perrin, Molliet, Daujat et Royer.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe : MM. les pharmaciens diplômés de première classe Rossignol, Royer, Hariot, Braun, Parmentier, Duprat, Grandpierre, Vernier, Kuss, Bazard, Mouflier et Dorez.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886

91. M. Drapier. Contribution à l'étude de l'influence des anesthésiques sur la nutrition. — 92. M. Barbet. Contribution à l'étude du diagnostic différentiel des tumeurs de l'aine. — 93. M. Grias. Recherches anatomiques sur les kystes simples de la mamelle. — 94. M. Béchadergue-Lagrèze. Incontinence d'urine sans fistule, consécutive à l'accouchement. — 95. M. Hirschfeld. Contribution à l'étude des injections hypodermiques des ferrugineux. — 96. M. Tarral. De l'érythème scarlatiniforme et rubéoliforme dans le choléra. — 97. M. Julien. Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole. — 98. M. Duhamel. De la pneumonie aiguë chez les tuberculeux. — 99. M. Archambault. Des manifestations laryngées. — 100. M. Feulard. Teignes et teigneux.

101. M. Gautier. Du pseudo-étranglement dans l'ectopie inguinale. — 102. M. Beurnier. Ligaments ronds de l'utérus. — 103. M. Curtil. Du traitement chirurgical des calculs vésicaux chez la femme. — 104. M. Oddo. Étude clinique sur la période de réaction du choléra. — 105. M. Legrain. Du délire chez les dégénérés. — 106. M. Kalt. Recherches anatomiques et physiologiques sur les opérations de strabisme — 107. M. Saint-Martin. De l'iridectomie dans les iritis à rechute. — 108. M. Florentin. Des divers modes de traitement du genu valgum. — 109. M. Delattre. De l'amputation de la jambe au lieu d'élection. — 110. M. Revillod. Notes cliniques sur les maladies des enfants.

111. M. Soubc Saleb. Contribution à l'étude de la docimasie. — 112. M. Parizot. De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. — 113. M. Bonand. Contribution à l'étude des plaies pénétrantes avec corps étrangers de l'orbite. — 114. M. Legrand. Essai sur la syphilis post-constitutionnelle. — 115. M. Druillet. De l'ectrodactilie. — 116. M. Thoumas. Du traitement antiseptique de l'ulcère à hypopyon. — 117. M. Raison. Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par les pulvérisa-

tions de chlorure de méthyle et d'éther. — 118. M. Legrand. Contribution à l'étude des fractures de cuisse compliquées de plaies. — 119. M. Bourdel. De la spléno-pneumonie. — 120. M. Gazala. Essai sur la cause de la mort naturelle ou physiologique.

121. M. Jaillet. Des laits fermentés et de leurs usages thérapeutiques. — 122. M. Boussumier. Etude sur un cas de vomissements féculoïdes dans le cancer de l'estomac. — 123. M. Drouault. Des hémorrhagies névropathiques des voies respiratoires. — 124. M. Wroblewski. De l'emploi de la pilocarpine dans l'hystérie. — 125. M. Morisse. De la médication intestinale antiseptique par l'eau sulfo-carbonée.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 10 au samedi 16 octobre 1886

Fièvre typhoïde 29. — Variole 0 — Rougeole 15. — Scarlatine 3. — Coqueluche 13. — Dipthérie, croup 18. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 1. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 26. — Phthisie pulmonaire 219. — Autres tuberculoses 21. — Autres affections générales 76 — Malformation et débilité des âges extrêmes 45. — Bronchite aiguë 16. — Pneumonie 49. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 65. — au sein et mixte 32. — Inconnu 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 54. — de l'appareil circulatoire 67. — de l'appareil respiratoire 67. — de l'appareil digestif 37 — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 1. — des os, articulations et muscles 5 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 34. — Causes non classées 18. — Total de la semaine : 935 décès.

Fournitures de **librairie** *et* **impression** *de mémoires, brochures, etc., etc. — Octave Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon.*

Toute demande de livres édités *personnellement* par M. Doin, dépassant 30 francs et accompagnée d'un mandat postal ou d'une valeur sur Paris, sera servie franche de port, partout où parviennent les colis postaux, avec une remise de 15 0/0 sur les prix marqués. — Sur tous les autres ouvrages scientifiques ou littéraires publiés par les autres éditeurs, la remise ne serait que de 10 0/0 et l'envoi franc de port. — Sur les demandes inférieures à 30 francs, ou sur les ouvrages expédiés par la poste, aucune remise ne peut être accordée.

Pour les impressions : Les conditions seront à débattre préalablement avec M. Doin, qui fournira des devis et traitera à forfait.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE MÉDICALE

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par M. le docteur ALBERT ROBIN, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir les numéros 41, 42 et 43.

Dans une DEUXIÈME CATÉGORIE prennent place douze malades morts de complications pulmonaires. Huit ont été traités du 7e au 9e jour; deux le 18e et un le 20e jour seulement.

Deux femmes récemment accouchées et nourrices, atteintes de formes thermo et ataxo-adynamiques ont succombé les 13e et 22e jour avec des températures maxima de 40°6 et 41°6, emportées, l'une par une pneumonie, l'autre par une broncho-pneumonie, après avoir traversé diverses complications, telles que angine, laryngite, œdème gangréneux des petites lèvres, vomissements incoercibles d'une part; purpura, hémoptysies, angine, d'autre part.

Trois malades, antérieurement tuberculeux, sont morts les 21e et 28e jour après avoir présenté pendant la vie l'un des accès dyspnéiques, le deuxième de la dyspnée, du délire et une éruption pemphigoïde; le troisième de la dyspnée, du délire et des hémoptysies. A côté de lésions tuberculeuses anciennes, l'autopsie a révélé, dans tous les cas, de la broncho-pneumonie et de l'emphysème pulmonaire. Dans un cas, on trouva des extravasations sanguines sous-pleurales avec une poussée de granulations tuberculeuses récentes; dans un autre, il y avait de la pleurésie sèche ancienne, de la périhépatite et des hémorrhagies dans les muscles grand droit et grand oblique de l'abdomen.

Un homme de vingt-trois ans, épileptique et atteint d'une péritonite chronique, est mort le 28e jour, dans un état d'adynamie profonde, avec une teinte subictérique. La température s'élève le 14e jour à 41°6; puis elle s'abaisse graduellement jusqu'au 26e jour où elle n'atteint plus que 38°6 le matin et 39°2 le jour. Le lendemain soir, elle remonte à 40°, où elle se maintient jusqu'à la mort.

A l'autopsie, on trouve de la broncho-pneumonie, un cœur de couleur feuille morte, une symphyse péri-cardiaque et des reins très congestionnés.

Quatre malades ayant tous du délire et des accès dyspnéiques sont morts de broncho-pneumonie. La première était une femme de vingt-trois ans surmenée depuis longtemps, qui était couverte de purpura au moment de son entrée et qui succomba, deux jours après, avec une température oscillant de 40° à 40°5. La deuxième, âgée de vingt-huit ans, était en pleine défervescence quand survint la broncho-pneumonie qui l'emporta. Le troisième, un homme de vingt-neuf ans, ne fut soigné qu'à partir du 20e jour; il était déjà fort mal quand on nous l'apporta, et il eut le surlendemain une grande hémor-

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite. — Voir les numéros 27 et 29.

X. C'est un mathématicien, M. P.-H. Fleury, qui fait le procès de l'homéopathie (1). Dès les premières pages de sa brochure, il étale de justes motifs de mécontentement contre la médecine, je dis la médecine tout simplement, car il n'y a et il ne saurait y avoir qu'une science médicale, la médecine ne pouvant s'abriter que sous un drapeau, celui de la vérité. Mais enfin M. Fleury avait été victime d'une grave erreur de la part d'un de ces médecins que les homéopathes ont senti le besoin d'appeler allopathes. Eh bien! l'homéopathie n'a pas réussi à charmer M. Fleury, et, dans une brochure des plus humouristiques, en même temps que remplie de la logique la plus irréfutable, il nous dévoile les singeries et les absurdités de cette prétendue médecine d'*En-face*. Et il procède par citations. Ainsi il emprunte au BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ HOMÉOPATHIQUE DE FRANCE l'observation dont nous nous contenterons de citer le titre : *Un mari hargneux, taquin, pas sociable et jamais prévenant; guérison par causticum 200o.* L'heureux auteur de cette cure a mieux fait encore, si nous en croyons M. Fleury; il a aussi guéri « l'imbécilité chez neuf soldats. Il a guéri, chez une dame, l'impulsion à se jeter par la fenêtre; chez une jeune fille, l'impulsion au libertinage; chez un petit enfant, le tic de marcher la pointe des pieds en dedans. Il a guéri un enfant en retard pour parler, et un enfant en avance pour parler. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces deux défauts contraires ont été guéris au moyen des mêmes globules.

C'est encore avec 6 à 7 globules versés dans cinq cuillerées à café d'eau fraîche, qu'il a guéri une jument en train de distribuer des ruades à son palefrenier et de casser les voitures de son maître. »

Par exemple, ce que M. Fleury s'empresserait de recommander aux candidats à l'École polytechnique, c'est le remède qui donne

(1) *L'homéopathie dévoilée*, brochure in-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1885.

rhagie intestinale qui le plongea dans une profonde dépression; il mourut de broncho-pneumonie le 28e jour avec une température de 43o. L'hémorrhagie intestinale avait été suivie d'une brusque descente thermique de 2o qui dura environ douze heures, après quoi le thermomètre remonta brusquement de 37o8 à 40o2. Il est à remarquer que ce malade n'eut jamais de taches rosées, quoique l'autopsie nous ait révélé les ulcérations intestinales caractéristiques. Le quatrième malade, âgé de vingt-quatre ans, soigné dès le 9e jour, mourut de broncho-pneumonie le 17e jour avec une température de 41o.

Il reste deux malades. L'un était un homme de trente-sept ans qui, au moment où l'abaissement régulier de la température laissait espérer une convalescence prochaine, prit une pneumonie du côté droit; il mourut le 33e jour. L'autre, un homme de vingt-sept ans, entré le 7e jour avec de la dyspnée et du délire, succomba le 14e jour. On trouva une congestion pulmonaire double intense et généralisée, des reins congestionnés, un foie gras et un cœur mou et dilaté.

La troisième catégorie comprend cinq malades morts de complications cardiaques, rénales et pulmonaires.

Tous ont été traités de bonne heure, du 7e au 12e jour. Ils étaient atteints de cette forme particulière de la fièvre typhoïde dont j'ai, le premier, déterminé l'existence et à laquelle j'ai donné le nom de *forme rénale*. Cette forme est d'une extrême gravité; sur 18 cas qu'il m'a été donné d'observer de 1874 à 1878, 13 sont morts, soit 72 0/0; sur les sept cas qui rentrent dans ma statistique d'aujourd'hui, j'ai eu cinq décès, soit 71 pour 100. Il est donc permis de conclure que le traitement que j'ai employé n'a pas exercé d'influence bonne ou mauvaise sur la mortalité des formes rénales. Je tenais à bien établir ce fait, car cette méthode qui, activant dans des fortes proportions la sécrétion urinaire et l'élimination rapide des résidus organiques, exige du rein un travail assez énergique, pouvait être accusée de provoquer des déterminations rénales ou d'aggraver les néphrites antérieurement contractées. Vous voyez qu'il n'en est rien, que le nombre des formes rénales n'est pas plus considérable dans ma statistique actuelle que dans celle qui a servi de base à ma thèse inaugurale et que leur mortalité s'est maintenue au même chiffre. Si j'ajoute que toujours les manifestations rénales existaient avant que le traitement n'ait été institué, j'aurai fourni la preuve convaincante de son innocuité.

Aussi bien la néphrite typhoïdique n'a-t-elle pas été la seule cause de la terminaison fatale.

La première malade était une fille de dix-neuf ans, surmenée par une vie de plaisirs et par des excès de toute nature. La température était à l'entrée, le 11e jour, à 39o et le pouls à 92; le 16e jour la température était à 41o 2 et le pouls à 136; la mort survint le 19e jour. A l'autopsie, on trouva de la bronchopneumonie disséminée, une rate diffluente pesant 320 gr., un foie gras et mou pesant 1,950 grammes, et des reins énormes, atteints de néphrite, dont les poids respectifs s'élevaient à 300 et 320 grammes.

La deuxième était une blanchisseuse de vingt-deux ans, entrée le 12e jour, très abattue, avec des vomissements assez tenaces pour que les liquides fussent difficilement tolérés. La température monte de 39o à 40o6, le 17e jour, et s'abaisse à 39o 8 et 40o 3, le jour de la mort. Le pouls, irrégulier dès l'entrée, battait d'abord 120, puis 130. A l'autopsie, on trouva le poumon droit atteint de splénopneumonie dans son tube inférieur; du côté gauche, il y avait un énorme emphysème sous-pleural derrière lequel le poumon affaissé, pâle, exsangue, paraissait comme comprimé. En outre, il y avait une néphrite double et très accentuée, une rate pesant 500 grammes, renfermant un infarctus récent, un foie mou et gras.

La troisième, atteinte d'une vieille insuffisance mitrale, est soignée dès le 8e jour; mais dès le lendemain de son entrée, elle tombe dans un profond collapsus, interrompu de temps à autre par des accès de délire. Sa température qui atteignait 40o le soir du 8e jour, reste autour de ce chiffre jusqu'au 12e jour; à partir de ce moment elle s'abaisse en trente-six heures, de 3o 6, et la malade meurt avec une température normale. L'autopsie révèle des noyaux disséminés de bronchopneumonie, une ancienne lésion mitrale et une péricardite sèche, récente, des reins énormes et très congestionnés, une rate diffluente pesant 310 grammes.

Le quatrième était un tailleur de 29 ans, qui nous frappa pendant toute la durée de sa maladie par sa pâleur presque cadavérique. Sa température subit de très minimes oscillations de 39o6 à 40o 4. Trois jours avant sa mort, il fut pris d'une violente dyspnée; le pouls monta à 180 et la respiration à 60. La mort survint le vingt-sixième jour, avec une température de 40o. En dehors de la néphrite typhique, on trouva à l'ouverture du cadavre, une rate molle de 480 grammes, un

du goût pour les chiffres et développe l'aptitude pour les mathématiques. Ce remède consiste en 6 à 7 globules de *calcarea carbonica* 300e dilution. « Lorsqu'un tanpin, ajoute M. Fleury, a effacé les chiffres et les formules dont il avait couvert le tableau noir, il a à ses pieds une poussière blanche, qui est de la poussière de craie. Pour les homéopathes, c'est de la poussière de *calcarea carbonica*. Or, pour conduire un grain de cette poussière jusqu'à la 300e dilution, il faudrait une masse d'eau des mille millions de milliards de fois plus grande que toute la terre.

C'est en administrant toutes les six semaines 6 à 7 globules de cette dilution « à un jeune homme qui étudiait spécialement les mathématiques pour être reçu à l'Ecole polytechnique », que le docteur Gallavardin développa l'aptitude de son client pour la science du chiffre.

Le grand Hahnemann arrivait tout au plus à la 30e dilution. Ses disciples l'ont dépassé de beaucoup. « Ils n'avaient guère que ce moyen de se montrer plus ridicules que leur maître. J'en sais qui sont arrivés à la cent-millième dilution, et si l'on n'est pas encore à la millionième, cela ne tardera pas. »

M. Fleury s'est présenté à une pharmacie homéopathique de Paris pour demander des globules de venin de serpent à sonnettes à la 5000e dilution, et le pharmacien lui a remis presque incontinent un petit flacon de globules sur le bouchon duquel était écrit : 5000e *crotalus horridus*. Il s'est présenté ensuite à une autre pharmacie pour y demander *silicea* à la 50000e dilution. C'est un grain de sable pour une si immense quantité d'eau, qu'il est impossible d'en donner la moindre idée. Le pharmacien est entré dans un cabinet secret, d'où il est sorti au bout de trois minutes, pour remettre à l'acheteur un petit flacon de globules sur le bouchon duquel il avait écrit ; 50000e *silicea*. « Or, pour préparer une 50000e dilution, il faudrait employer 50000 flacons neufs et y consacrer 100,000 minutes, en supposant une moyenne de deux minutes par dilution. Cela fait environ trois mois, à dix heures de travail par jour. On répondra qu'on a une méthode abrégée. Je le crois, et très abrégée. Car enfin, si le pharmacien n'est pas tout à fait idiot, il comprend parfaitement qu'il n'y a pas plus de venin de serpent sur des globules de *crotalus horridus* à la 5000e dilution que sur des globules puisés directement dans le sac de non-pareilles. »

Les homéopathes ne manqueront pas de prétendre qu'ils recon-

cœur feuille-morte d'une mollesse et d'une friabilité extrêmes, des poumons très congestionnés. Les plaques de Peyer étaient totalement cicatrisées.

Le cinquième, paveur, âgé de 40 ans, affaibli par la misère, résista vingt et un jours. Mais, dès son entrée, malgré une température à 38o 2 et 38o 4, l'état de dépression dans lequel il se trouvait me fit porter un pronostic défavorable. Les jours suivants, la peau prit une teinte subictérique, la stupeur devint du collapsus, la température subit les variations les plus insolites, montant, sans motif apparent, de 38o 2 à 40o 5, pour redescendre à 38o 4, et remonter encore. Deux jours avant la mort, il survint un violent frisson. Une rate énorme, un foie mou et gros, une néphrite très accentuée, de l'emphysème pulmonaire, des noyaux broncho-pneumoniques dans le poumon droit et une congestion marquée de la base gauche résument les lésions autopsiales.

J'ai rangé dans la quatrième catégorie huit malades qui ont été emportés par diverses complications.

Trois sont morts d'hémorrhagies intestinales; les deux premiere deux et trois jours après leur entrée à l'hôpital; le troisième, le vingt-deuxième jour de sa maladie, après avoir présenté, pendant les cinq jours précédents, de petites hémorrhagies que l'ergotine n'avait pu enrayer.

Un cocher de 38 ans, soigné seulement le quinzième jour, très abattu dès son entrée, passe d'abord par des alternatives inexplicables d'hyperpyrexie avec 41o et d'apyrexie totale avec 37o 2 et 37o 4. Puis il est pris de frissons, de dyspnée; son ventre devient douloureux et se ballonne et la mort survient le vingt-huitième jour, avec une température de 37o 6. A l'autopsie, on trouva une perforation intestinale avec un début de péritonite et une myocardite des plus accusées.

Voici maintenant un maçon de 34 ans, qui, dans une première période, a un délire continu et une si abondante éruption de sudamine que sa peau se desquame presque tout entière par larges plaques. Le seizième jour, tout paraît rentré dans l'ordre et la température s'abaisse à 37,6-37,8. Mais, dès le lendemain, le malade se plaint d'une vive douleur dans la gorge, la voix s'éteint, la température monte à 39,6; puis surviennent de tels accès de suffocation que la trachéotomie s'impose comme ressource ultime. Elle ne procure qu'un soulagement passager et le malade succombe avec une température de 37o. Œdème de la glotte et laryngite ulcéreuse furent les seules lésions rencontrées à l'autopsie.

Un brasseur de 25 ans, traité à partir du huitième jour, très adynamique, avec une diarrhée profuse et incoercible, est atteint d'eschares gangréneuses sur le sacrum, sur les cuisses, les trochanters et les olécranes; et meurt le vingt-troisième jour avec 39,4; sa température n'ayant dépassé 40 que le dixième jour et s'étant maintenue depuis lors entre 38,3 et 39,8 au minimum. Le foie était gros (2160 gr.), les poumons congestionnés. le cœur mou, la rate énorme et diffluente.

Enfin, deux femmes de 20 et 33 ans, traitées dès les neuvième et quatrième jours, succombent les soixantième et trente-sixième jours, apyrétiques, dans un état de cachexie profonde, en plein marasme, avec des plaques de Peyer totalement cicatrisées, après avoir présenté pendant la vie des diarrhées profuses et incoercibles qui les avaient épuisées en même temps que l'état de leur estomac et des vomissements incessants avaient mis obstacle à toute réparation.

En vous donnant le *résumé* des causes qui ont entraîné la mort dans ces trente observations, je suis loin de vouloir disculper la méthode de tous ces insuccès. J'attire simplement votre attention sur les faits suivants, qui permettent de considérer sous son vrai jour cette statistique générale de la mortalité.

Six malades étaient épuisés ou surmenés quand ils furent atteints de la fièvre typhoïde; trois étaient antérieurement tuberculeux; deux étaient récemment accouchées et nourrissaient leur enfant; deux enfin étaient atteints d'affections cardiaques. Voilà donc treize typhiques placés dans des conditions tellement défavorables que deux d'entre eux sont morts trente-six et quarante-huit heures après leur entrée à l'hôpital. Les perforations intestinales, le laryngo-typhus, sont des complications que nul traitement n'est en mesure de prévenir. Par conséquent, j'ai le droit de douter que, pour ces quinze cas pris en particulier, aucune méthode thérapeutique eût pu mieux faire.

Il reste quinze faits devant lesquels mon traitement est demeuré impuissant. Ce sont trois cas d'hémorrhagies intestinales, trois cas d'intoxication typhique sans surmenage antérieur, cinq cas de complications pulmonaires survenues chez des individus qui n'étaient ni cardiaques, ni tuberculeux;

---

naitraient la supercherie à l'effet produit sur leurs malades. On peut facilement les en défier, et puisqu'ils demandent aux municipalités de les mettre à l'épreuve, en voici une que M. Fleury propose : « Les médecins homéopathes présenteront les deux cents plus capables d'entre eux. Les cent premiers que le sort désignera recevront leur provision de globules préparés conformément aux principes homéopathiques; les cent autres recevront une pareille provision de globules semblables, mais privés de tout médicament. Chaque médecin fera l'essai de ses globules sur ses malades, et dès qu'il aura reconnu que ses globules sont efficaces ou non, il en fera la déclaration au jury. Tous les médecins qui se seront trompés seront remplacés par d'autres, et on recommencera la même épreuve. » Or, si après que l'épreuve aura été répétée trois ou quatre fois dans les mêmes conditions, il n'y a pas plus de cent médecins qui se soient trompés, M. Fleury demande que l'on confie aux homéopathes tous les hôpitaux de Paris, de Marseille et de Toulon. « Remarquez que, dans cette expérience, les médecins homéopathes n'exposent pas leurs malades, puisqu'ils sont libres de leur administrer les remèdes qu'ils veulent, aussitôt qu'ils s'aperçoivent de l'inefficacité des globules qu'on leur a distribués. »

XI. En mourant, Constant Saucerotte a laissé quelques œuvres destinées à la publicité. De plus, ne serait-il pas permis de rappeler ici les paroles qui ont été mises dans la bouche d'Alexandre Dumas : « Le meilleur de mes ouvrages, c'est mon fils ! » Et, en effet, le docteur C. Saucerotte a laissé également un fils qui marche dignement sur les traces de son père, puisqu'en 1882 le docteur Tony Saucerotte a fait paraître une brochure des plus intéressantes sur ce sujet : *La profession médicale il y a cent ans.* Mais ce n'est pas de ce genre d'ouvrage paternel que j'ai à m'occuper. En attendant que le travail promis sur *Les médecins pendant la Révolution* ait paru, nous avons à dire un mot d'un premier livre posthume de C. Saucerotte, intitulé : *L'esprit de Montaigne, choix des meilleurs chapitres et des plus beaux passages des* Essais, *disposés dans un ordre méthodique, avec notes et commentaires* (1). Extraire la quintessence d'un écrivain aussi agréable que l'est Montaigne, n'est-ce pas une tâche des plus dignes d'éloges? Car Montaigne, ainsi que l'a défini Sainte-Beuve, est « le Français le plus sage qui ait jamais existé (2). » Tel qu'il est, en effet, Montaigne est notre Horace,

(1) Un vol. in-12 de 444 pages. Paris, 1855, Perrin et Cie, édit.
(2) *Nouveaux lundis*, t. II, p. 177.

deux cas de forme rénale chez des individus vigoureux et bien constitués; enfin deux cas où des vomissements presque incessants ont empêché l'application systématique du traitement.

Pour établir entre les diverses méthodes de traitement de la fièvre typhoïde une utile comparaison, il faudrait pouvoir faire dans toutes les statistiques le décompte que vous venez d'entendre. Comme il est impossible, dans la plupart de celles-ci, d'en trouver les éléments, on doit se borner à comparer les statistiques brutes, et même dans ces conditions, vous savez que la mienne peut figurer au rang des plus favorables.

III.

Statistique générale des cas de guérison. — Etat antérieur des malades qui ont guéri. — Statistique de l'âge et du sexe. — Statistique des formes de la maladie.

Après avoir défalqué ces 30 décès, il nous reste 277 *cas de guérison* qu'il est utile d'étudier aussi dans leur détail, afin de pouvoir juger de l'influence du traitement sur la symptomatologie, la marche et les complications de la maladie.

Sur ces 277 malades, 235 ont été frappés en pleine santé, tandis que 42 étaient surmenés, cardiaques, tuberculeux, paludéens, etc. Voici d'ailleurs les tableaux des maladies sur lesquelles la fièvre a fait son évolution.

Surmenage et misère physiologique....	12 cas.
Affections cardiaques..................	5
Grossesse..............................	4
Accouchements récents. Nourrices.....	4
Phthisiques à divers degrés...........	4
Intoxication paludéenne...............	2
Syphilis secondaire...................	2
Pleurésie récente.....................	1
Erysipèle de la face récent...........	1
Scarlatine récente....................	1
Variole récente.......................	1
Rougeole récente......................	1
Bronchite chronique...................	1
— et emphysème pulmonaire...	1
Rhumatisme articulaire................	1
Phlegmon du ligament large..........	1
	42

En dehors de toute question de forme morbide et de toute gravité tenant à la fièvre typhoïde en elle-même, par conséquent, 15 0/0 environ des malades qui ont guéri, se trouvaient placés dans de fort mauvaises conditions, par le fait même de cette sorte de tare antécédente créée par les conditions du terrain sur lequel la dothiénentérie allait se développer.

Les hommes étaient au nombre de 176 et les femmes de 101.

Au point de vue de l'âge, je ferai seulement remarquer que 22 malades avaient dépassé l'âge de 35 ans, et vous savez qu'à partir de cet âge la fièvre typhoïde est autrement sévère que chez les individus plus jeunes.

Si nous classons maintenant tous les cas de guérison d'après leur gravité respective, nous trouvons 109 cas graves, 128 moyens et 40 bénins ou abortifs.

Au point de vue de la forme, on pouvait, au contraire, les répartir de la façon suivante :

Forme commune..........................	108 cas.
— adynamique.........................	66
— thoraco-ataxo-adynamique..	30
— ataxo-adynamique.................	22
— thoracique..........................	9
— rénale.................................	2
— bénigne ou abortive............	40
Total........	277

Les documents statistiques qui précèdent, déterminant bien le terrain sur lequel nous allons nous avancer, il est maintenant possible d'étudier quelle a été l'influence du traitement sur les divers symptômes de la fièvre typhoïde. Cette étude sera l'objet de la prochaine leçon.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

ABCÈS FROID PÉRINÉPHRÉTIQUE, AVEC CRISES DOULOUREUSES, DÉVIATIONS DU RACHIS, PRIS POUR UN MAL VERTÉBRAL DE POTT. — INCISION. — GUÉRISON, par Armand BESSON, externe des hôpitaux.

OBSERVATION. — Ernest B..., 11 ans, tempérament lymphatique. *Antécédents héréditaires.* — Père rhumatisant; plusieurs névralgies sciatiques, coliques hépatiques, entéralgie, douleurs arti-

---

dirai-je encore après Sainte-Beuve (1); « il l'est par le fond, il l'est par la forme souvent et l'expression, bien que par celle-ci il aille souvent aussi jusqu'au Sénèque. » Son livre des « Essais », ce bréviaire des *honnêtes gens*, honnête étant entendu au sens originaire du mot, de distingué, d'élégant, de noble, est bien réellement un trésor d'observations et de sagesse.

A quelque page qu'on l'ouvre et dans quelque disposition d'esprit, ajoute le critique du « Lundi », on est assuré d'y trouver quelque pensée sage exprimée d'une manière vive et durable, qui se détache aussitôt et se grave, un beau sens dans un mot plein et frappant dans une seule ligne forte, familière ou grande.

Tout son livre, a dit Etienne Pasquier, est un vrai *séminaire* de belles et notables pensées, et elles entrent d'autant mieux qu'elles couvent et se pressent et ne s'affichent pas; il y en a pour toutes les heures de la vie; on ne peut le lire quelque temps sans en avoir l'âme toute remplie et comme tapissée, ou, pour mieux dire, toute armée et toute revêtue.

Aussi quelles longueurs dans cette œuvre! longueurs dues au-tant à la surabondance de citations de toute espèce qu'à cette sorte de plaisir que semble prendre le *sceptique* par excellence à revenir sur la même pensée ici et là, à tort et à travers, avec un tel étalage d'expressions et de figures que Montesquieu a pu le compter au nombre des quatre grands poètes qu'il admire le plus, et qui sont, à la confusion des versificateurs : Platon, Malebranche, Shaftesbury et Montaigne.

Dans ce livre des *Essais*, « l'excès des mots, a dit sévèrement M. D. Nisard, y répond au défaut de choix dans les idées... et à la nonchalance du doute... Qui n'a rien à prouver ne pense guère à ranger ni à presser son discours. » Le docteur C. Saucerotte a voulu répondre à ce reproche en faisant disparaître le défaut signalé. Il s'est donc efforcé de condenser Montaigne.

Mais pourquoi, ayant pris pour but de chercher à vulgariser le livre des *Essais* en l'émondant, en classant son contenu, et en le commentant notre regretté confrère s'est-il acharné à suivre ponctuellement et on ne peut plus sévèrement l'orthographe du XVIe siècle? Pourquoi, lorsque Montaigne nous parle de la qualité pierreuse qu'il doit à son père, écrire : « l'estois nay vingt-cinq ans avant sa maladie, etc. ? »

(1) *Causeries du lundi*, t. IV, p. 95.

culaires. Mère : migraines fréquentes, accidents goutteux, concrétions uratiques dans les articulations des doigts, coliques hépatiques.

Antécédents personnels. — A trois mois, sable dans les urines, de la valeur d'une cuiller à café. Enfance facile, mais constitution délicate cachée sous une apparence de bonne santé; souvent du sable dans les urines. En juillet 1880, ictère persistant pendant huit jours. En novembre 1882, occlusion involontaire des paupières lorsque l'enfant lisait ou regardait un tableau, fatigue de la vue. En tout temps, moiteur de la face palmaire des mains.

Description de la maladie. — En mai et juin 1883, l'enfant éprouve une fatigue générale ; il se plaint de lassitude surtout en sortant de classe. Son appétit diminue ; il perd son entrain au jeu et éprouve une certaine lourdeur dans les jambes. Examiné à cette époque par le médecin de la famille, il est soumis à deux reprises différentes au traitement hydrothérapique ; mais ce traitement ne produit pas le résultat espéré et semble, au contraire, aggraver cet état de lassitude générale. L'enfant est très fatigué à la fin de l'année scolaire et pendant la première partie des vacances; son état ne s'améliore qu'au mois de septembre.

En octobre 1883, l'enfant rentre au lycée Condorcet. Peu de temps après la rentrée, il fait une chute sur les reins en sortant de classe. Peu après cette chute, il éprouve une indisposition qui l'oblige à s'absenter du lycée pendant huit jours. Ses études reprises, il est forcé d'abandonner la gymnastique qui le fatigue beaucoup : chaque soir, en sortant de classe, il se plaint de lassitude; il peut à peine lever les pieds en marchant, a quotidiennement mal à la tête et se plaint toujours du froid aux pieds.

Ce malaise général s'accentuant, il est forcé de quitter définitivement le lycée. Le 25 décembre 1883, la fièvre apparaît; les accès commencent tous les soirs à quatre heures et demie pour se terminer vers sept ou huit heures. On administre à l'enfant du sulfate de quinine. Ces accès persistent pendant plusieurs semaines.

Au mois de février 1884, apparition d'un point douloureux d'abord mal déterminé ; en percutant un peu en dehors de la première vertèbre lombaire et de la douzième dorsale, on détermine une violente douleur qui fait pâlir le petit malade. On applique des pointes de feu sur le point douloureux sans arriver à un résultat satisfaisant. En même temps que ce point douloureux, apparition d'un point pleurétique du côté droit, qui persiste jusqu'au mois de septembre 1884. Dans le milieu de ce même mois de février, présence de sable dans les urines. A l'analyse, on trouve des urates et des cristaux de phosphate de chaux.

Le 27 août 1884, douleurs très vives du côté des reins qui durent de sept heures du soir à une heure du matin. Dans la première semaine de septembre, douleurs semblables aux précédentes de sept heures du soir à deux heures du matin ; l'enfant était alors en province : le médecin qui le soignait rattachait ces douleurs à des coliques néphrétiques. A la suite de ces douleurs, l'enfant se courbe tout à coup en marchant. Il y a de nouveau apparition de sable jaune dans les urines; les crises douloureuses cessent, l'enfant se tient droit et marche sans fatigue.

Le 7 septembre, il fait une course de 6 kilomètres sans éprouver de fatigue, le 8 fait de la gymnastique. Le 9 septembre, les douleurs reparaissent, l'enfant se courbe en deux.

Vers la fin du mois de septembre, la mère du petit malade s'aperçoit que la colonne vertébrale se mettait en cyphose dans la région lombaire. « Cela, nous dit-elle, est venu graduellement, a commencé par une vertèbre qui était plus saillante que les autres, puis deux, puis trois et enfin cinq. » Le 20 octobre, l'enfant étant dans les environs de Bourges, un médecin de cette ville, le docteur D..., est consulté et porte le diagnostic « mal de Pott ».

Quelques jours après, le petit malade revient à Paris. A partir de ce moment, ami de la famille, nous le voyons journellement. Il est alors courbé en deux ; les apophyses épineuses des vertèbres lombaires font une saillie assez prononcée en arrière sur la ligne médiane. La colonne vertébrale n'est point douloureuse à la percussion ; il existe seulement un point douloureux à la partie supérieure de l'échancrure costo-iliaque gauche, un peu en dehors de la colonne. La santé générale ne paraît pas altérée, l'appétit est un peu diminué ; l'enfant ne tousse pas, mais il se plaint d'une grande lassitude et de plus présente une légère contracture de la cuisse gauche, sa marche rappelle celle des malades atteints de sciatique; la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse.

Le 4 novembre, le malade a de nouveau des douleurs très vives du côté des reins, avec irradiation le long des uretères. A cette époque, l'enfant est vu successivement par les docteurs de Saint-Germain, Leblond et Piogey qui, tous, inclinent à porter le diagnostic mal de Pott, mais en reconnaissant quece n'est pas là un diagnostic certain, et que le malade n'offre pas les symptômes classiques de cette affection. Ils conseillent néanmoins l'emploi de la gouttière de Bonnet, condamnent l'enfant à un repos absolu, et le soumettent à un régime tonique.

Le 9 novembre, l'enfant se met au lit et y reste pendant trois semaines. Au bout de quelques jours de repos, la colonne qui était restée jusque-là en cyphose, se met tout à coup en scoliose à droite, dans son tiers inférieur, d'une façon très prononcée. Le lendemain, elle reprend sa position primitive et, à partir de ce moment, elle varie fréquemment de position, ce qui faisait dire au petit malade que *sa colonne était en caoutchouc*.

Quand l'enfant est dans la position accroupie, la colonne verté-

---

Reproduire aussi rigoureusement que le fait C. Saucerotte, le style et l'expression de Montaigne, c'est vouloir ne pas atteindre le but que l'on annonce viser. On n'augmente guère le nombre des lecteurs de Montaigne. On fait même repousser ces *Essais* tronqués, on les fait rejeter par les familiers de l'exquis écrivain du seizième siècle, par tous ceux qui préfèrent le lire dans un volume non mutilé, et dans ses libres expansions et avec ses broussailles.

XII. Le docteur Vannaire vient de donner un exemple que beaucoup de nos confrères devraient bien imiter. Sous ce titre : *Récits et fragments d'Histoire* (1), il a publié des études très instructives sur Gannat, la ville qu'il habite et sur les communes environnantes. « Un pays qui n'a jamais eu d'existence propre, qui n'a point joui de l'autonomie politique, ne saurait, dit M. Vannaire, prétendre à posséder une histoire. Mais, que l'on veuille un jour, sous le nom de Mémorial, d'Annales, ou sous tout autre titre, décrire méthodiquement les vicissitudes éprouvées par le sol de Gannat et ses environs, peindre les événements subis par ses habitants; que l'on se borne à rechercher, dans le passé, l'origine et le développement d'un fait ou d'une idée, ces notices, par les détails qu'elles mettent en lumière, auront une utilité que l'on ne saurait méconnaître. »

Nous trouvons, dans ce livre, un chapitre sur les armoiries de la ville de Gannat (des chardons, avec la devise : « Nul ne s'y frotte sans gantelet », ou suivant la devise populaire, qui en fait des armes parlantes : « Qui s'y frotte s'y pique, si gant n'a »); des chapitres plus curieux encore, sur la rue de l'Enfer, sur Gannat souterrain, sur les premiers temps de l'instruction publique à Gannat. Dans la section consacrée aux *grands hommes locaux*, en dehors de Pierre Filhol, du général Rabusson et de l'abbé Châtel, nous ne trouvons guère à signaler, au point de vue médical, que le nom de Chomel, dont la famille était originaire de cette ville.

Après quelques pages consacrées à la topographie et à l'étude préhistorique de la région de Gannat, M. Vannaire finit son volume par une monographie très consciencieuse de Genzat, commune voisine du chef-lieu d'arrondissement, sous ce titre : *Histoire d'un village*. Si, pour chaque village, dirons-nous avec l'auteur, on en faisait autant, si le vœu d'Alexis Monteil était enfin rempli, l'his-

(1) Un volume in-12 de 430 p. Tiré à 225 exemplaires. — Gannat. Marion, 1885.

brale est dans sa rectitude naturelle, mais le plus souvent elle est courbée à droite, surtout le matin, au lever. En même temps, il semble y avoir une légère rétraction du membre inférieur à gauche, la hanche gauche paraît plus élevée que la droite. L'enfant marche avec difficulté; cependant, on remarque qu'après un peu d'exercice, la marche devient plus facile.

Au commencement de 1885 surviennent de nouveau, pendant une journée entière, de très vives douleurs du côté des reins; puis de nouveaux symptômes font leur apparition. L'état général, qui avait été jusqu'alors satisfaisant, commence à s'altérer; le petit malade cesse de manger; il a de légers frissons, le soir, avant de se coucher. Il présente un point douloureux assez marqué, un peu en dehors de la colonne, à gauche, au niveau du triangle de J. L. Petit.

Le 20 janvier, il existe un certain empâtement à ce niveau.

Le 27 janvier, au lever de l'enfant, on constate la présence d'une grosseur assez volumineuse, toujours au même niveau. Application de cataplasmes pendant une partie de la journée. Disparition complète de la grosseur, mais œdème remontant des deux côtés de la colonne vertébrale, jusqu'à la région scapulaire. Le soir, plus rien.

Trois jours après, sortie en voiture; quelques minutes de marche, l'enfant se trouve très bien; son dos est souple; sa colonne est droite. Le lendemain matin, réapparition de la grosseur, qui augmente graduellement. Il y a un peu d'empâtement à droite comme à gauche.

Le 4 février, le docteur J... ordonne une application de teinture d'iode, et sous l'influence de cette médication, la grosseur semble diminuer un peu. L'enfant est condamné au repos absolu.

En examinant le malade, nous parvenons à sentir de la fluctuation en arrière, au niveau du triangle de J. L. Petit. Il y a en même temps un peu de douleur dans la fosse iliaque gauche, et nous inclinons à penser que nous avons affaire à un abcès périnéphrétique à marche lente, venant faire saillie en arrière, dans la région lombaire. Nous faisons part de nos soupçons à notre excellent maître et ami, M. le docteur Bouilly, chirurgien des hôpitaux, qui consent à venir voir le malade le 14 février.

M. Bouilly fait asseoir l'enfant dans son lit, percute avec force tout le long de la colonne vertébrale, sans provoquer la moindre douleur. Quand il applique au contraire légèrement la main du côté du rein gauche, le malade accuse de vives douleurs. Du côté du rein droit, pas de douleur, non plus que du côté des apophyses épineuses de la région lombaire. La colonne vertébrale, qui est en scoliose à droite, est très mobile et ne présente en rien la raideur caractéristique qu'elle offre dans le mal de Pott. Il n'y a pas de pus dans les urines.

A la palpation de la tumeur, M. Bouilly perçoit la fluctuation en arrière dans la région lombaire, et en avant dans le fosse iliaque gauche. Il existe une sensibilité assez vive dans la région innervée par le nerf crural, en même temps qu'une légère flexion de la cuisse sur le bassin.

En face de ces symptômes, M. Bouilly écarte tout d'abord l'hypothèse de l'existence d'une maladie de Pott et d'un abcès ossifluent, en se basant, pour le premier point, sur l'absence de douleur du côté de la colonne et sur sa mobilité, et, pour le second point, sur la situation de la tumeur, qui vient faire saillie à quatre travers de doigt en dehors du rachis.

Le 17 février, une ponction exploratrice est faite avec l'appareil Dieulafoy, et on retire un demi-litre de pus. Après cette ponction, l'abcès paraît diminuer de volume; la fluctuation est moins nette. Mais huit jours après, l'abcès ayant repris son volume primitif, M. Bouilly prend le parti de l'inciser.

L'opération est faite le 26 février. L'enfant est chloroformisé par M. le docteur Coudray.

L'abcès ouvert, on arrive dans une poche assez considérable, occupant l'atmosphère celluleuse du rein et se prolongeant en bas, jusque vers l'arcade fémorale. Par une exploration minutieuse de cette poche, M. Bouilly reconnaît que les vertèbres voisines, l'os iliaque et le rein gauche sont sains. Le pus qui sort de l'abcès présente une coloration jaune verdâtre, et renferme quelques caillots hématiques. On procède au râclage de la poche, puis après un lavage fait en injectant une solution à 5 0/0 de chlorure de zinc, un tube à drainage est placé dans la partie la plus déclive de l'incision. L'orifice de la plaie est bourré de gaze iodoformée et recouvert d'un pansement de Lister; le pansement est renouvelé tous les deux jours.

L'enfant, à son réveil, accuse d'assez vives douleurs du côté de la plaie, principalement dans la cuisse gauche, dans la sphère du nerf crural; mais ces douleurs ne tardent pas à disparaître.

La température est normale, l'appétit est bon, les fonctions digestives s'accomplissent d'une façon régulière; après chaque pansement, on raccourcit le drain, qui est retiré le 10 mars.

A cette époque, la température, qui avait évolué autour de la normale, monte brusquement à 38o,5 et atteint 39o,2; ne trouvant rien du côté de la plaie qui pût expliquer l'ascension de la température, M. Bouilly examine l'enfant, de concert avec M. le docteur Lacombe, qui trouve des signes assez nets de pleurésie à gauche, prescrit un vésicatoire et une purgation, et la température ne tarde pas à redevenir normale.

Le 30 mars, la plaie est en partie fermée; le colonne vertébrale, qui est restée en scoliose pendant les quatre ou cinq premiers jours qui ont suivi l'opération, est dans sa rectitude natu-

---

toire de la France, grâce aux matériaux accumulés, pourrait être définitivement conçue. Mais que de bonne volonté, combien de temps, que d'efforts et de recherches, combien d'études réclamera cette œuvre! Et cependant, si une tâche qui demande le concours de tant d'énergies et de tant d'hommes instruits est difficile à réaliser, cette considération doit-elle nous empêcher d'encourager les chercheurs et les travailleurs à y coopérer? Aussi, applaudissons-nous quand même à l'essai de M. Vannaire. Puisse-t-il trouver partout des imitateurs aussi consciencieux qu'il l'a été dans sa monographie de Genzat!

Dr Albertus.

(A suivre.)

— Par décret, en date du 11 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.—MM. les docteurs Garcin, Durazzo, Barnier, Hermil, Raynaut, Milsom, Arène, Parmilleux, Rolliet, Roussel, Bonnet, Maunier, Brottet, Cotton, Martin, Milhau, Reyne, Lathoud, Talon, de Belly et Jarrige.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Bouveyron, Dayet, Quéry, Luneau, Gamel, Brossat et Arduin.

— Par décret, en date du 11 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.—MM. les docteurs Merlin-Lemas, Regnault, Dumas, Brou de Laurière, Combaud, Massay, Jaunet, Mazet, Bonhomme, de Montaigut, Clément, Dufour, Chanut, Comoy, Chiniat, Braud, Labrousse, Jagot, Monveroux, Roche, Bouley, Gomot et Bourgougnon.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Riffey, Dubost, Laborie, Calin, Guillin, Bonnamy, Dardaillon, Hoffmann, Huet, Anthoine et Astier.

— Par décret, en date du 13 octobre 1886, M. Colin, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

rolle. La santé générale est excellente. L'enfant mange bien; il n'y a pas de suppuration; les bourgeons sont de bonne nature. M. Bouilly cesse de voir le petit malade qui, le 10 avril, six semaines après l'opération, est en état d'être transporté à la campagne, dans les environs de Bourges.

La plaie tarde cependant à se fermer; nous voyons le malade le 31 mai, et nous trouvons encore un trajet fistuleux laissant écouler un liquide séreux : nous le cautérisons avec la teinture d'iode. Les injections de teinture d'iode dans le trajet sont continuées pendant un mois. Le malade va faire une saison aux eaux de Bourbon-l'Archambault, et, sous l'infinence de cette cure, la cicatrisation ne tarde pas à être complète.

Au mois de septembre, l'enfant marche comme tout le monde; il fait de la gymnastique. La santé générale est excellente. Nous avons revu cet enfant à deux reprises différentes : en janvier 1886 et en juillet de la même année. Aucun des accidents signalés au cours de notre observation n'a reparu.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à publier à un double point de vue : la lenteur d'évolution de l'abcès périnéphrétique et les déviations multiples de la colonne vertébrale, qui ee sont produites au cours de son évolution.

Si nous examinons successivement ces deux particularités, nous voyons que, sur le premier point, nous sommes en présence d'un abcès ayant affecté une marche excessivement lente : abcès sans cause déterminante bien connue. Doit-on rapporter son apparition à cette chute sur les reins que fit l'enfant en octobre 1883? Ou bien doit-on faire remonter la cause jusqu'au mois de mai de la même année, époque où se montrèrent les premiers symptômes de faiblesse générale et de lourdeur dans les jambes que nous avons signalés? Nous ne nous prononcerons pas d'une façon catégorique en faveur de l'une ou de l'autre de ces étiologies, mais nous ferons remarquer que c'est surtout à dater de la chute qu'ont apparu les symptômes d'une maladie de la région lombaire. Quoiqu'il en soit, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la lenteur d'évolution de cet abcès, qui a mis près de quinze mois, d'octobre 1883 à janvier 1885, pour venir faire saillie au niveau du triangle de J.-L. Petit. Une pareille lenteur n'a jamais été observée, croyons-nous, dans le cours d'un abcès périnéphrétique; nous sommes donc forcés d'admettre ici une forme spéciale. D'autre part, si nous rapprochons la longueur de cette évolution, qui s'est faite presque sans phénomènes réactionnels, de ces deux poussées du côté de la plèvre, qui ont eu lieu dans le cours de l'année 1884 et en mars 1885, quelques jours après l'opération, nous devons conclure à l'existence d'un abcès froid. Il est regrettable que l'examen anatomique du pus ne soit pas venu éclairer le diagnostic.

Mais le fait qui domine la scène clinique que nous venons de décrire est, sans contredit, l'existence de troubles du côté du rachis : cyphose et scoliose, qui ont amené les médecins, ayant vu l'enfant au cours de la maladie, à diagnostiquer l'existence d'un mal vertébral de Pott.

Bien que les signes de la lithiase urique ne soient pas établis d'une façon certaine, qu'il n'y ait en faveur de cette hypothèse que les antécédents héréditaires du malade, né de parents manifestement arthritiques, et la présence à plusieurs reprises de sable dans ses urines, nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher cette observation de celles communiquée à la Société de chirurgie dans la séance du 23 mai 1877 par MM. Verneuil et Paulet (1).

Comme dans le cas que nous venons de rapporter, il s'agissait d'enfants nés de parents arthritiques, l'un âgé de douze ans, l'autre de onze, et chez qui, à la suite de crises douloureuses, on vit se produire des incurvations de la colonne. Chez notre malade, c'est à la suite des crises douloureuses de septembre 1884 que les déviations du rachie ont apparu; comme chez les malades de MM. Verneuil et Paulet, le diagnostic mal de Pott a été porté et peu s'en est fallu que l'enfant ne fût condamné à l'immobilité absolue dans la gouttière de Bonnet. Dans les deux cas signalés à la Société de chirurgie en 1877, le traitement de la lithiase urique a fait disparaître les déviations de la colonne; de même dans le cas que noue venons de rapporter, l'ouverture de l'abcès périnéphrétique, qui semble avoir été le point de départ de ces crises douloureuses, a causé la disparition de ces déviations.

Notre observation montre combien est difficile, dans certains cas, le diagnostic de la maladie de Pott. Sans doute chez notre malade il y avait en faveur de ce diagnostic cette fatigue générale et cette pesanteur dans les jambes que l'on rencontre fréquemment au début du mal vertébral, mais dans le mal de Pott la percussion des apophyses épineuses est douloureuse, et, de plus, le rachis, loin de présenter *cette mobilité*, ces changements de courbure sur lesquels nous nous sommes étendus à dessein dans le cours de notre observation, offre *une fixité* très caractéristique. La colonne vertébrale, après s'être mise en cyphose, ne vient pas se mettre brusquement en scoliose pour reprendre ensuite sa position primitive.

Si nous remarquons d'autre part que ces déviations se sont toujours produites à la suite de crises douloureuses et pendant les derniers mois de la maladie, alors que l'enfant accusait les plus vives douleurs dans la région lombaire, nous sommes portés à rapprocher ces déviations de celles qui se produisent dans les affections douloureuses du cou. Pourquoi ce qui se passe dans la région cervicale du rachis ne se passerait-il pas aussi dans la région lombaire? Ne pouvons-nous pas admettre en face de ces deviations signalées par MM. Verneuil et Paulet et dans l'observation que nous venons de publier, l'existence d'une sorte de *torticolis lombaire*?

(1) Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, année 1877, t. III, p. 345.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Ophthalmologie.

I. Recherches expérimentales sur la greffe oculaire, par le docteur Kœnigstein (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1886, n°s 40 et 41). — II. Sur la greffe cutanée secondaire et son emploi pour la blépharoplastie, par le docteur Wickerwicz (1). — III. Sur le bacille du xérosis et sa signification étiologique, par le docteur Franke. — IV. Sur des tumeurs a caractère épithélial, d'origine lymphoïde, par le docteur Schœbl. — V. Sur l'accommodation par allongement des axes des bulbes oculaires, par le docteur Schneller. — VI. Le surmenage de l'accommodation et ses conséquences, par le docteur Schœn.

I. M. Kœnigstein rappelle la tentative récente de greffe

(1) Ce travail et ceux qui suivent ont fait l'objet de communications à la dernière *Réunion des naturalistes et médecins allemands*, section d'ophthalmologie.

oculaire, faite par un médecin de Clermont-Ferrand, M. Chibret, à la suite de laquelle on avait un moment conçu l'espoir d'obtenir, après transplantation d'un œil d'animal dans la cavité orbitaire de l'homme, l'accolement des deux moignone de nerf (celui de l'œil transplanté et celui du sujet opéré), et la possibilité d'utiliser cet œil pour la vision. L'exemple de M. Chibret a trouvé des imitatenrs : M. Rohmer, de Nancy; M. Bradfort, de Boston; M. Pierd'houy, ont fait chacun un essai de greffe oculaire. M. Terrier a tenté l'aventure deux fois et a présenté à la Société de chirurgie, séance du 2 décembre 1885 (1), un très intéressant rapport sur les cinq faits en question, dont quatre ont abonti à un échec complet (sphacéle de l'œil transplanté). Seule, la tentative de Bradfort a donné un succès relatif, en ce sens que l'œil transplanté avait échappé au sphacéle deux mois après l'opération et pouvait se mouvoir en tout sens. Ce résultat, M. Terrier incline à l'attribuer au procédé opératoire employé par Bradfort.

M. Kœnigstein s'exprime avec heancoup de septicisme sur la validité (an point de vue de la durée) du succès annoncé par le chirurgien de Boston. Il se base snr le résultat des expériences qu'il a faites sur des lapins et dont nous allons donner une analyse :

Chez nne première série de lapins, on transplanta un œil, d'un animal sur un autre, avec toutes les précautions capables d'assurer la réussite de l'opération. Insuccès sur toute la ligne.

Chez une seconde série de lapins, un dee yeux était énucléé, puis réimplanté aussitôt après, dans sa cavité orbitaire. Les résultats furent aussi mauvais que chez les animaux de la série précédente.

Chez une troisième série de lapins, le globe oculaire, d'un côté, n'était plus complétement énuclé, mais restait adhérent à une partie de ses annexes (muscle droit externe et une partie de la conjonctive), comme un lambeau cutané a son pédicule, dans certains cas de greffe; pnis les parties divisées étaient de nonveau réunies au moyen de sutures à la soie (fils très fins). Chez tous les animaux opérés de la sorte, la conjonctive et la cornée ont été frappées de nécrose.

Et Kœnigstein de conclure que chez le lapin, la greffe oculaire est vouée à un insuccès inévitable, qu'il en est probablement ainsi chez l'homme. Il cite, à ce propos, les paroles d'un physiologiste célèbre, déclarant que lorsqu'on lui aurait fourni la preuve de la possibilité de mener à bonne fin la greffe oculaire, il se faisait fort de remettre la tête aux décapités et de les rappeler à la vie.

II. La greffe cutanée avec lambeaux complètement détachés échoue souvent, fait remarquer Wickerwicz, parce que l'interposition d'une mince couche de sang ou de matière secrétée empêche la coaptation parfaite des lambeaux transplantés et des parties sous jacentes. Dans les cas de blépharoplastie, l'auteur a obvié à cet inconvénient de la façon la plus simple. Après avoir avivé la peau au siège de l'ectropion, il appliquait un pansement occlusif antiseptique, de manière à tarir toute trace d'hémorrhagie et de sécrétion; puis, au bout d'un délai qui variait de deux à cinq jours, il procédait à la transplantation; l'adhérence du lambeau se faisait d'ailleurs par première intention.

(1) Voir Journal des Sociétés scientifiques, 1885, no 49, p. 512.

III. M. Franke a fait des rscherches de bactériologie qui l'ont conduit à cette conclusinn : que le bacille du xérosis, découvert par Colomiati, Kurschber, Neisser et Lebert, est identique à celui que Sattler, Schleich et d'autres observateurs ont isolé de la sécrétion spumeuse des conjonctives : que d'autre part, il s'agit, dans les deux cas, d'une seule et même affection, susceptible de présenter des modalités cliniques différentes, mais ayant une étiologie commune.

IV. M. Schoebl a observé une série d'exemples de tumeurs des yeux, présentant les caractères des tumenrs épithéliales, quoique étant d'origine lymphoïde ; ainsi :

1o Chez une femme de 40 ans, une tumeur siégeant au niveau de la paupière inférieure, qui avait atteint, en l'espace de quatre mois, le volume d'une pomme. Extirpation du néoplasme avec la paupière inférieure, après exentération de l'orbite. L'examen histologique de la tumeur montra que c'était un *sarcome épithélial* parsemé de cellules lymphoïdes. Après l'opération, récidive à marche rapide. Un peu plus tard, la malade, qui était devenue ictérique, succomba. On fit l'examen histologique de la tumeur qui était constituée par des éléments cellulaires, avec une petite quantité seulement de substance interstitielle et de nombreux vaisseaux, sans trace d'une trame conjonctive. Ces constatations confirmaient donc l'hypothèse de l'origine lymphoïde du premier néoplasme. Les éléments cellulaires étaient des cellules épithéliales polymorphes; il s'agissait donc d'une tumeur paradoxale dans le sens attribué à ce mot par les histologistes. Tous les vaisseaux étaient entonrés de cellules lymphoïdes diapédisées, qui de là s'étendaient à travers toute la tumeur. D'autre part, celle-ci était infiltrée dans sa masse entière par des éléments cellulaires qui réalisaient toutes les formes intermédiaires aux cellules lymphoïdes et aux grosses cellules épithéliales.

2o *Carcinome sous-épithélial de la cornée*, développé à la suite d'un traumatisme, chez un homme de 31 ans, et qui atteignit en l'espace de six semaines le volume d'un pois. Enucléation de l'œil. La tumeur, qui était bien sons-épithéliale, était constituée par une trame conjonctive servant de support aux vaisseaux et dont les mailles logeaient des cellules épithéliales, pigmentées par places. Le néoplasme, comme dans le cas précédent, était le siège d'une infiltration nniforme d'éléments cellulaires représentant comme forme et comme dimensions tous les degrés intermédiaires aux cellules lymphoïdes et aux cellules épithéliales.

3o *Cancroïde de la paupière inférieure*, qu'on avait pris d'abord pour une lésion syphilitique. La tumeur fut extirpée après que le malade eût été, sans aucun résultat, soumis à une cure mercurielle énergique. Le néoplasme avait un stroma conjonctif; sa masse était traversée par un grand nombre de traînées de cellules épithéliales; mais le fond était constitué par une couche presque continue de cellules lymphoïdes extravasées ; de là elles pénétraient sous forme de travées radiées dans le tissu cancroïde, pour se transformer en cellules cancéreuses.

De ces faits, l'auteur conclut que les cellules lymphoïdes sorties des vaisseaux peuvent se transformer en cellules ayant tous les caractères histologiques des cellulee épithéliales.

V. Dans le cours de ses racherches sur le développement de la myopie, M. Schneller a constaté des faits qui ont, à son

idée, une haute importance. Il a reconnu, par exemple, qu'il se produit un allongement de l'axe du bulbe quand l'œil accommode pour les courtes distances; à l'appui de cette assertion, il invoque ce fait, qu'on peut lire des écritures très fines à des distances moindres quand on se sert des deux yeux qu'avec un seul. L'auteur a donné des indications détaillées à l'adresse de ceux qui voudraient vérifier ce fait. Voici, d'autre part, les résultats fournis par l'étude minutieuse de cet accroissement d'accommodation, en rapport avec la vision binoculaire.

Cet accroissement d'accommodation s'observe indifféremment qu'un seul œil ou que les deux voient bien; on ne peut donc pas l'attribuer à ce que l'acuité visuelle est accrue lors de la vision binoculaire.

On ne peut pas non plus le mettre en rapport avec le rétrécissement de la pupille, car il est également prononcé lors de la convergence des deux yeux dans un plan horizontal et lors de leur divergence.

Cet accroissement d'accommodation est à son maximum dans le jeune âge, décroît rapidement jusque vers dix-huit ans, et conserve une valeur sensiblement constante jusque vers quarante ans, pour décroître ensuite. Sa valeur moyenne est de 3 dioptries à huit ans, de 1,25 dioptrie à dix-huit ans. Il est moindre chez les hypermétropes et les emmétropes que chez des sujets affectés d'une myopie dans le sens des axes, preuve qu'il est en rapport avec les modifications de l'œil qu'on observe dans cette forme de myopie.

Si par des instillations d'atropine on paralyse l'appareil d'accommodation, on constate, en faisant fixer avec un seul œil, que sur une certaine étendue assez limitée les objets sont vus distinctement. Cette zone se rapproche lorsqu'on fait fixer avec les deux yeux, de la même quantité que si l'accommodation n'était pas paralysée; preuve que le phénomène n'est pas en rapport avec l'accommodation interne. L'expérience réussit également sur de jeunes sujets aphaques, preuve que le rapprochement de la zone de vision distincte est en rapport avec un allongement de l'axe du bulbe.

Ces faits, conclut M. Schneller, laissent entrevoir pourquoi l'allongement de l'axe du bulbe, occasionné par la fixation habituelle des objets rapprochés, n'est pas transitoire, qu'il subsiste en partie, d'où une myopie progressivement croissante. On s'explique aussi, en tenant compte de ces faits, pourquoi, chez les sujets opérés de la cataracte, il faut souvent des verres moins forts que ceux qu'on prescrit en se basant sur la conformation des yeux. Furster avait prétendu que le fait tenait à la persistance d'un certain degré d'accommodation. Donders avait soutenu le contraire; suivant Schneller, tous deux ont raison, l'un en tant qu'il explorait l'état de la vision que sur un seul œil, l'autre se plaçant dans le cas de la vision binoculaire.

VI. M. Schoen fait ressortir le rôle important qui revient au corps vitré dans le mécanisme de l'accommodation. La zonule se subdivise en deux cordons de fibres, antérieur, et postérieur. Le premier se tend quand l'œil accommode pour les faibles distances; tandis que le second se relâche et se trouve refoulé par le corps vitré dans les interstices libres qui se rencontrent sur les parties latérales du cristallin. Cet acte de l'accommodation s'accompagne donc d'une tension du faisceau de fibres dont les extrémités se fixent à la partie de la zonule qui s'applique sur la face antérieure du cristallin et les extrémités postérieures aux attaches des fibres tendineuses des muscles ciliaires, sur la gaîne du nerf optique. En ces points, on trouve, chez des catégories de gens qui sont coutumiers des efforts d'accommodation, des altérations, d'ordre mécanique au début: dilacération de la gaîne du nerf optique et des attaches des fibres de la zonule, la première aboutissant à la dilacération des fibres du nerf optique et à l'excavation accommodative. La seconde entraîne la prolifération de l'épithélium de la capsule, le plissement de cette membrane, et la cataracte capsulaire.

Quant à l'excavation accommodative, elle constitue en quelque sorte la préface du glaucôme simple.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique et de thérapeutique médicales, par Albert Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'Hospice des Ménages. — Un vol. in-8, avec tracés et tableaux dans le texte. — G. Masson. 1886.

L'habitude de publier les leçons orales faites par les agrégés durant leurs suppléances tend à se généraliser, et il faut y applaudir très résolument lorsque, comme dans le cas présent, ces leçons sont marquées au coin de l'originalité et de la nouveauté.

Le jeune agrégé de notre École, en dédiant son livre au professeur Jaccoud, le maître suppléé, s'était d'ailleurs placé sous un patronage qui l'obligeait à faire œuvre nouvelle; aussi bien n'a-t-il en garde d'y manquer. Et cependant, celui qui feuilleterait, d'un doigt distrait, ce nouveau volume de clinique, ne laisserait pas que de penser qu'une notable partie des leçons qu'il contient n'est guère inédite, car quoi de plus rebattu que le *Traitement de la fièvre typhoïde?* Mais, ainsi que le dit l'écrivain dans une préface très nette, ce traitement « il l'a basé sur une idée directrice nouvelle, en le fondant sur la physiologie pathologique réelle et sur la statistique chimique de la maladie ».

Voici de longues années déjà que le médecin actuel des Ménages s'emploie — avec quel succès, l'avenir nous le dira — à rénover une foule de questions; il s'est attaqué dès longtemps à ce grand sujet du typhus abdominal, et sa thèse inaugurale a été le premier pas de cette étape, qu'il continue à parcourir non sans courage, car n'est-ce pas une forme de bravoure scientifique que s'adonner à une étude ignorée de la plupart, et discutée par ses adeptes. L'idée directrice du traitement de la fièvre typhoïde telle que l'envisage l'auteur, se peut résumer en peu de mots, quoiqu'il l'ait développée en dix leçons d'un intérêt incontestable, et comme d'autre part, il a su, avec une remarquable concision synthétiser, dans sa préface, ses idées personnelles, je préfère lui laisser la parole en même temps que l'entière responsabilité de ses vues. « Il s'agit ici de faits positifs et non plus de théories, dit-il; l'étude des troubles de la nutrition établit, pour ainsi dire, d'une manière mathématique l'existence de certaines modifications dans les processus nutritifs qui conduisent à des indications. Parmi elles, deux sont absolument nouvelles: 1o solubiliser les résidus organiques incomplètement oxydés; 2o montrer que dans la fièvre typhoïde les oxydations, non seulement ne sont pas augmentées, mais diminuées ». Cette preuve, il la donne chiffrée en

main, et pour ce faire, il démontre que la fièvre dépend d'actes chimiques différents des oxydations.

On le voit, l'auteur, avec une grande largeur de vues, a porté le débat sur un terrain qui, par malheur, n'est pas accessible à tous, mais qui nous éloigne singulièrement des discussions un peu bien monotones, de la clinique, du terre à terre. Je répète qu'il y a là un effort qui mérite d'être loué, tant pour la somme de travail, véritablement énorme, fourni, que pour la nouveauté des vues, et qu'enfin si la thérapeutique n'a pas à récolter, par la méthode de l'auteur, que des succès, du moins peut-elle en espérer de plus concluants que ceux recueillis par les devanciers ; car la statistique d'Albert Robin — qui n'est pas de celles à qui on fait tout dire — est la meilleure que je sache.

L'importance de ces dix leçons m'a fait négliger les suivantes ; et cependant quel est le médecin qui ne lira celles sur la *Congestion rénale*, la *Pyelo-néphrite primitive*, dont il serait si désireux que l'autonomie fût établie — sans grand plaisir ?

A ceux qui goûtent les petits faits savamment analysés, je signale les chapitres consacrés au *Pseudo-rhumatisme de surmenage*, à la *Syphilis amygdalienne à forme diphthéroïde*, et enfin une étude que je ne me permets pas d'apprécier, pour un motif facile à déduire, sur la *Dégénérescence calcaire du myocarde*. — Les deux dernières leçons sur la *Rupture du cœur*, prouveraient, s'il en était besoin, que le sympathique agrégé n'est pas un chimiste seulement, mais encore un clinicien fin, sagace, deux qualités rarement alliées par malheur, et qui ont la bonne fortune d'être réunies.

JUHEL-RÉNOY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ouvrages nouvellement parus à la librairie J.-F. BERGMANN, *à Wiesbaden.*

I. JACOB HEIBERG. — SCHEMA DER WIRKUNGSWEISE DER HIRNNERVEN. — EIN LEHRMITTEL FÜR AERZTE UND STUDIRENDE, IN FARBENDRUCK DARGESTELLT.

Courte brochure, renfermant un grand tableau en trois couleurs, qui résume la distribution et les propriétés des nerfs crâniens. Les nerfs moteurs sont imprimés en rouge, les sensitifs en jaune-brun, les nerfs sensoriels en bleu. Excellent moyen mnémo-technique.

II. WILH. THEODOR. v. RENZ. — UBER KRANKHEITEN DEN RUCKEBMARKS IN DER SCHWANGERSCHAFT. EIN NEI DER STRASSBURGER NATURFORSCHER VERSAMMLUNG NICHT GEHALTENER VORTRAG.

III. R. MALY. — JAHRESBERICHT UBER DIE FORTSCHRITTE DER THIER-CHEMIE ODER DER PHYSIOLOGISCHEN UND PATHOLOGISCHEN CHEMIE (15e volume).

Ce volume renferme l'analyse de tous les travaux de chimie physiologique et pathologique parus pendant l'année 1885. La rédaction s'est assurée le concours du professeur Chittenden pour l'analyse des travaux américains, et celui du professeur L. Libermann pour les travaux hongrois. Dans le prochain volume, les travaux russes pourront être aussi résumés. Le Jahresbericht de Maly, dont nous avons souvent fait l'éloge, devient chaque année plus complet, et partant plus utile.

IV. ALBERT HOFFA. — DIE NATUR DER MILZBRAND GIFTES. — Une brochure in-8 de 52 pages.

Sommaire des principaux chapitres :

I. Coup d'œil historique. — II. Culture du bacille de la pustule maligne. — III Les alcaloïdes de la pustule maligne (méthodes de Stas-Otto, Brieger, E. Fischer). — IV. Leur action physiologique.

V. EDOUARD LANG. — VORLESUNGEN ÜBER PATHOLOGIE UND THERAPIE DER SYPHILIS. — Un beau volume in-8 de 570 pages, avec de nombreuses figures.

La GAZETTE MÉDICALE a déjà annoncé les deux premières parties de ce magnifique ouvrage. La troisième et dernière vient de paraître. Elle comprend :

1° L'action de la syphilis combinée avec d'autres processus pathologiques ; la cachexie syphilitique ;

2° La pathologie de la syphilis héréditaire, qui vient d'être si remarquablement étudiée en France par M. le professeur Fournier ;

3° La thérapeutique de la syphilis, à laquelle l'auteur consacre plus de 80 pages, et qui est traitée d'une manière éminemment pratique.

A. R.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

A PROPOS DU RÉGIME DANS LA CONVALESCENCE, par le docteur A. JUDET, ancien interne des hôpitaux.

Quand la maladie est jugulée, la convalescence nettement confirmée, la thérapeutique n'a plus guère qu'à s'effacer devant une hygiène bien entendue et un régime alimentaire sagement ménagé.

La dominante de la convalescence est la débilité qu'accusent nettement l'amaigrissement, la faiblesse musculaire, la pâleur des tissus, l'affaiblissement des fonctions nerveuses et l'atonie des organes digestifs.

Relever les forces, réparer l'appauvrissement de l'organisme, le tirer de l'état de déchéance, de misère physiologique où l'a conduit la maladie, tel est le but qu'on doit se proposer dans le traitement de toute convalescence, et dont une diététique bien entendue fera à elle seule tous les frais dans la grande majorité des cas. Mais si c'est le régime alimentaire qui contribue le plus puissamment à parfaire une convalescence, c'est lui aussi qui réclame la plus active surveillance. Deux écueils à éviter : l'excès et l'insuffisance ; une alimentation insuffisante conduira à l'inanition qui deviendra la source de nouveaux accidents ; une nourriture prématurée trop abondante pourra provoquer des indigestions et amener des rechutes ; elle est dangereuse si elle est absorbée, elle le devient surtout si elle s'assimile mal et fatigue inutilement des organes encore souffrants. Dans la convalescence, en effet, l'estomac et l'intestin n'accomplissent leurs fonctions qu'avec une certaine lenteur ; comme pour tous les autres muscles, la contractilité musculaire du tube digestif est affaiblie ; de plus, les sécrétions qui concourent pour une si large part à l'acte de la digestion ne sont pas encore complètement rétablies. On comprend combien aisément, dans ces conditions, peut être provoquée l'indigestion, qui est le grand écueil contre lequel vient échouer la guérison attendue. Le problème consiste donc à nourrir, sans imposer à l'estomac la fatigue d'une digestion laborieuse qui s'accuse si facilement chez les convalescents par des pesanteurs pénibles, des éructations, etc.

En principe, manger peu et souvent. Dans le début, des potages des œufs frais, des viandes blanches, certains poissons, puis se

rapprocher peu à peu du régime ordinaire. Ne jamais perdre de vue, non plus, qu'il est essentiel de varier l'alimentation et surtout de choisir les aliments selon les goûts particuliers de l'estomac.

Un adjuvant des plus précieux, dont nous retirerons pour notre part les plus grands avantages, nous est fourni par les peptones que nous administrons généralement à la dose de 4 à 6 cuillerées par jour en 2 ou 3 fois et pendant les intervalles de ces repas légers; c'est un aliment nullement encombrant, bien que de grande puissance nutritive, et dont le grand mérite est de pouvoir s'assimiler presque immédiatement et sans aucune fatigue pour l'estomac.

Au début de la préparation des peptones, leur saveur prononcée, leur odeur désagréable, pouvaient être, dans certains cas, un obstacle à leur administration; mais aujourd'hui, grâce à de grands perfectionnements des appareils de préparation, la digestion artificielle, tout en étant parfaite, peut être arrêtée à temps pour que ces inconvénients aient complétement disparu. Nous conseillons de préférence l'emploi de la peptone *phosphatée* (*vin de Bayard*); acceptée avec plaisir par nos convalescents, c'est véritablement un aliment complet. Son phosphate de chaux, en outre de sa fonction spéciale d'excitant de l'assimilation, nous devient particulièrement précieux chez certains enfants où des pyrexies de longue durée tendent à provoquer une altération du système osseux.

D'une façon plus générale, nous pouvons dire aussi qu'à notre époque, où l'anémie a une part si prépondérante dans la pathologie, la thérapeutique trouve dans le vin de Bayard un agent vraiment précieux pour relever le taux de l'économie et permettre à l'organisme de lutter avec avantage contre tout agent morbide. Son emploi est tout aussi nettement indiqué dans toutes les affections qui conduisent à une altération de nutrition ou à de la dénutrition; c'est ainsi que, dans cet ordre d'idées, nous nous promettons de publier prochainement l'observation d'un de nos malades atteint d'ulcère de l'estomac, et que nous alimentons presque exclusivement, depuis pas mal de temps déjà, avec cette préparation.

(Revue médicale de l'Est.)

NOUVELLES

Nécrologie. — MM. les docteurs Gay (Octave), professeur agrégé de physique à la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'hôpital Laënec, mort à l'âge de 37 ans; — Bouis, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, membre de l'Académie de médecine, mort à l'âge de 64 ans; — Pinel (de Montélimar); — Albenois (de Marseille); — Brevard, membre du Comité d'hygiène et de salubrité de Lyon; — Cuvelier (de Saint-Omer); — Morel (de Rouques); — Nier (de Privas); — A. Dinin, externe des hôpitaux de Paris.

***

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle, commenceront, pour les élèves de première année, le mercredi 3 novembre 1886. Ils auront lieu pendant le premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, aux jours et heures ci-après désignés dans les laboratoires installés à cet effet à l'ancien collége Rollin, 2, rue Vauquelin.

1o *Physique*. — Les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de quatre à six heures du soir. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. le docteur Guébhard, chef des travaux (ancien collège Rollin), jusqu'au samedi 30 octobre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

2o *Chimie*.—Les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de huit heures à dix heures et demie du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. le docteur Hanriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), jusqu'au samedi 30 octobre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

3o *Histoire naturelle*. — Les lundi et jendi de chaque semaine, pour la première série, de neuf heures à onze heures du matin; les mardi et vendredi de chaque semaine, pour la deuxième série, à la même heure. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. le docteur Faguet, chef des travaux pratiques (ancien collège Rollin), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de neuf à onze heures du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie.

Passé le 30 octobre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale. En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux pratiques remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits. Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les chefs de travaux.

***

Faculté des sciences de Lyon. — M. Cotton est nommé préparateur de chimie générale, en remplacement de M. Martin, démissionnaire.

***

Ecole de pharmacie de Nancy. — M. le professeur Schlagdenhauffen est nommé pour trois ans directeur de ladite Ecole.

M. Jacquemin, ancien directeur, est nommé directeur honoraire.

***

Légion d'honneur. — M. S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, secrétaire général du Congrès de chirurgie, création due en grande partie à son initiative, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur. Tous ceux qui connaissent notre sympathique collaborateur applaudiront de grand cœur à cette distinction si bien méritée.

— Par décret, en date du 15 octobre 1886, M. Baillaud, doyen de la Faculté des sciences de Toulouse, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

***

Académie de médecine. — Notre excellent collaborateur et ami, M. Dureau, vient d'être nommé bibliothécaire de l'Académie de médecine en remplacement de M. Briau. Il remplissait depuis plusieurs années les fonctions de bibliothécaire-adjoint et avait pu ainsi donner de nombreuses preuves de son érudition, de son activité, de son obligeance. Nous ne félicitons pas moins l'Académie que M. Dureau lui-même de cette nomination.

***

Assistance publique. — Par arrêté préfectoral en date du 20 octobre 1886, M. Barbier, chef de bureau à l'administration générale de l'Assistance publique, a été nommé secrétaire-général de cette administration, en remplacement de M. Brelet, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

***

Corps de santé militaire.—Par décrets en date du 15 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale:

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Jeannel.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.—MM. les docteurs Bernard, Menville, Nègres, Sanyas, Gibert, Layrac, Chavanette, Raynier, François, Laurent, Sales, Berguin, Durieux, Roquette, Delbreil, Giscaro, Albespy et Cahanes.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. —

MM. les pharmaciens diplômés de première classe Charles Mondon, Joulia, Comére, Merlat, Forgas, Degans et Jély-Guinard.

* *
*

Enseignement libre. — M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques, à sa clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 8 novembre, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons cliniques et les opérations à l'hôpital Saint-Louis samedi 23 octobre, à neuf heures un quart, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— MM. Boinard, chef de clinique adjoint d'accouchements, et Paul Berthod, interne à la Maternité, commenceront un cours d'accouchements le jeudi 4 novembre, rue du Pont-de-Lodi, n° 5.

Le cours aura lieu tous les jours à quatre heures et demie et sera complet en quarante leçons.

— Policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut, 151, rue de Grenelle-Saint-Germain. — Du 1er novembre au 31 août de chaque année : le jeudi, à neuf heures, leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte ; — à dix heures, consultations ouvertes aux auditeurs inscrits.

La première leçon aura lieu le jeudi 4 novembre.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 17 au samedi 23 octobre 1886

Fièvre typhoïde 21. — Variole 0. — Rougeole 11. — Scarlatine 3. — Coqueluche 10. — Dipthérie, croup 25. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 30. — Phthisie pulmonaire 215. — Autres tuberculoses 19. — Autres affections générales 68. — Malformation et débilité des âges extrêmes 44. — Bronchite aiguë 23. — Pneumonie 57. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 67. — au sein et mixte 37. — Inconnu 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 79. — de l'appareil circulatoire 67. — de l'appareil respiratoire 43. — de l'appareil digestif 42 — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 5 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 24. — Causes non classées 10. — Total de la semaine : 935 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Ronsset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

POLYPE NASO-PHARYNGIEN. — Leçon clinique de M. le professeur DUBRUEIL, chirurgien de l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier.

Messieurs,

J'ai signé aujourd'hui l'exeat d'un de mes malades qui va quitter nos salles, débarrassé de la lésion qui l'y avait amené. Je veux vous parler de ce jeune homme de dix-huit ans qui nous était arrivé porteur d'un polype naso-pharyngien. Vous vous rappelez son état à son arrivée : les hémorrhagies dont son polype était l'origine l'avaient plongé dans un état profond d'anémie ; il était d'une pâleur verdâtre. Sa voix était nasonnée ; il ne pouvait respirer par les fosses nasales, ce qui l'obligeait à dormir la bouche ouverte. Il ne présentait, du reste, aucune déformation de la face.

En explorant la bouche et le pharynx, on voyait que, surtout du côté gauche, le voile du palais était repoussé et projeté en avant. Le doigt, porté derrière ce voile, rencontrait une tumeur résistante, à peu près régulièrement ovoïde, adhérente par son extrémité supérieure. Cet examen, joint aux hémorrhagies répétées, ne laissaient aucun doute sur la nature de la lésion dont le patient était atteint. Nous étions en présence d'un polype naso-pharyngien, tout entier contenu dans la cavité pharyngienne et n'envoyant de prolongement ni du côté de la fosse nasale, ni du côté de la joue.

Les polypes naso-pharingiens, vous le savez, rentrent presque toujours dans la catégorie des fibrômes ; les myxômes naso-pharyngiens sont rares, et les sarcômes le sont plus encore. Donc, au point de vue de la nature de la tumeur, nous n'avions guère de doutes à avoir, d'autant plus que le toucher pratiqué avec la pulpe du doigt, porté derrière le voile du palais, nous donnait la sensation d'une tumeur très résistante.

Mais il restait encore, pour compléter le diagnostic, une notion importante à acquérir.

Sur quelle partie du squelette s'implantait la tumeur?

Elle s'insérait manifestement à gauche, et l'examen avec le doigt me faisait penser qu'elle avait son point d'origine au niveau de la base de l'apophyse ptérygoïde. Pour achever d'éclairer ma religion à ce sujet, j'introduisis une sonde de femme par la fosse nasale gauche, et je pus m'assurer que l'arrière-cavité des fosses nasales était libre. La sonde arrivait de tous côtés jusqu'à la paroi postérieure du pharynx sans rencontrer d'obstacles ; partant, la tumeur ne remontait pas jusqu'à l'apophyse basilaire, elle s'implantait bien sur la base de l'apophyse ptérygoïde.

Pour le dire en passant, si je m'en rapporte à mes souvenirs, et j'ai déjà eu l'occasion d'opérer ou de voir opérer un certain nombre de polypes naso-pharyngiens, l'insertion ptérygoïdienne serait plus fréquente que l'insertion basilaire.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

3 novembre 1886.

Mécontentements et mécomptes.—Les inscriptions du grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine de Paris. — L'abolition de l'inspectorat des villes d'eaux. — Proposition de l'auteur : Tous inspecteurs. — Prophylaxie de la rage par la vaccination des chiens.—Félicitations au nouveau bibliothécaire de l'Académie de médecine.

Du haut en bas de l'échelle, notre noble profession est peuplée de mécontents. Et cela depuis les professeurs auxquels on a imposé une limite d'âge et qui ne peuvent devenir septuagénaires sans être obligés de quitter la toque rouge et l'hermine (à moins qu'ils ne fassent partie de l'Institut) ; depuis les agrégés de nos Facultés qui aspirent au professorat et qui sans doute se plaindraient plutôt du petit nombre de professeurs mis à la retraite, jusqu'aux étudiants eux-mêmes qui ne sont pas toujours satisfaits de leurs professeurs, non pas seulement en tant qu'examinateurs, mais parfois aussi en tant que chargés d'enseigner. Ces étudiants, oh ! Les ingrats ! Ne devraient-ils pas méditer profondément les inscriptions légendaires qui accompagnaient chacun des trois tableaux servant d'ornement au mur de face, au côté professoral de l'amphithéâtre de notre ancienne Ecole de médecine ? L'une de ces inscriptions ne dit-elle pas en propres termes, à propos des ancêtres de nos professeurs : « Ils tiennent des dieux les principes qu'ils nous ont transmis ».

Mais au fait, pourquoi les étudiants attacheraient-ils de l'importance à cette assertion, puisque l'inscription symétrique dit, en parlant des mêmes professeurs : « La bienveillance du souverain encourage leurs efforts et récompense leur zèle. ». Or, il n'y a plus de souverain, à moins toutefois qu'on ne considère M. Grévy comme tel. Mais M. Grévy encourage-t-il quelque chose, récompense-t-il surtout ? Nous ne le pensons pas. Il comprend trop ses devoirs pour ne pas rester neutre en tout et toujours. Il regarde, laisse faire, approuve et ne consent à sortir de son impassibilité olympienne que lorsqu'il s'agit d'appliquer le droit de grâce à un criminel. Heureusement le distique central de notre amphithéâtre

La nature de la tumeur et son point d'insertion dûment établis, qu'avions-nous à faire? Notre malade avait dix-huit ans, sa tumeur était le siège d'hémorrhagies fréquentes et graves; nous ne devions pas nous arrêter un instant à l'idée d'attendre cette régression, cette atrophie dont les fibrômes naso-pharyngiens deviennent spontanément le siège à une certaine période de l'existence. Il fallait donc agir.

Certes, les opérations proposées pour la cure des polypes naso-pharyngiens sont nombreuses, et le chirurgien n'a que l'embarras du choix. Mais, d'autre part, il ne faut pas oublier que c'est là une opération grave, qui est souvent le point de départ d'une hémorrhagie qui peut emporter le malade pendant l'acte opératoire ou très peu de temps après. J'ai vu deux fois des patients succomber à l'ablation des polypes naso-pharyngiens entre les mains de chirurgiens d'une haute habileté.

Je n'ai pas l'intention de passer en revue toutes les opérations proposées pour la cure de ces polypes, mais je veux cependant étudier avec vous les moyens les plus sûrs de se mettre à l'abri du danger de l'hémorrhagie.

Dans les opérations proposées et exécutées pour la cure des polypes naso-pharyngiens, il faut distinguer deux choses: l'opération fondamentale, par laquelle on agit directement sur le néoplasme, et l'opération préliminaire, dont le but et la raison d'être sont de permettre l'application des moyens propres à détruire la tumeur.

Les opérations préliminaires ont été classées en différentes méthodes: palatine, faciale, nasale et orbitaire, selon que l'on passe, pour arriver sur le polype, à travers une brèche faite aux dépens du voile ou de la voûte du palais, que l'on résèque le maxillaire supérieur, que l'on pénètre par la fosse nasale, dont on a plus ou moins agrandi l'orifice extérieur, ou enfin que l'on crée une voie au niveau de la gouttière lacrymale. Ce qu'il faut demander à ces opérations préliminaires, c'est de permettre d'arriver facilement sur le point d'implantation de la tumeur, de façon à n'être point gêné dans l'application des moyens par lesquels on attaque le pédicule. Je vous rappellerai, en passant, que lorsqu'on a recours à la méthode nasale, on peut laisser béant un certain temps l'orifice que l'on crée pour pénétrer jusqu'au polype, et réappliquer ensuite les parties.

Je n'ai pas besoin de vous dire que toutes ces opérations préliminaires constituent tout au moins des complications; quelques-unes, entre autres, la résection du maxillaire, sont, à elles seules, des opérations sérieuses. On ne doit y recourir que quand on ne peut pas faire autrement.

Quant aux moyens par lesquels on attaque le pédicule du polype, les plus pratiques sont l'excision, la ligature lente, la ligature extemporanée, à côté de laquelle se range l'écrasement linéaire.

On peut recourir à la cautérisation et aux caustiques, à la condition de laisser un certain temps béante l'ouverture par laquelle on arrive sur le polype, et l'on emploie alors la voie nasale ou la voie palatine. Je ne suis pas partisan de ces procédés lents.

L'excision expose incontestablement bien plus que la ligature à l'hémorrhagie. Cette éventualité ne doit cependant pas faire reculer le chirurgien; mais pour que l'excision puisse se faire sans danger sérieux, il faut qu'elle soit exécutée rapidement et complètement, c'est-à-dire qu'on enlève toute la tumeur et qu'on l'enlève vite. Si on procède lentement, si on n'excise le néoplasme que fragment par fragment, il peut survenir une hémorrhagie mortelle.

Lorsque, au contraire, le polype est promptement et totalement retranché, l'écoulement sanguin est beaucoup moins abondant.

Mais, la méthode qui l'emporte incontestablement de beaucoup, au point de vue de l'hémostase, c'est la ligature. Faite par les procédés lents, elle a l'inconvénient majeur de laisser un certain temps à demeure, dans le pharynx, une tumeur en voie de mortification, donnant naissance à des produits putrides qui, tombent infailliblement dans le tube digestif, et exposent l'opéré aux dangers des résorptions putrides.

La ligature extemporanée avec le serre-nœud de Maisonneuve et l'écrasement linéaire de Chassaignac évitent ce danger, tout en conservant l'immunité générale de la ligature au point de vue de l'hémorrhagie. Aussi sont-ce là, je le crois, les méthodes d'élection toutes les fois qu'elles sont applicables.

Pour en revenir à notre malade, après mûr examen, je pensai que je pourrais me dispenser de toute opération préliminaire et attaquer la tumeur avec le serre-nœud de Maisonneuve. Voici le plan opératoire auquel je m'arrêtai: prendre une anse de fil de fer recuit et galvanisé, d'un diamètre ap-

---

reste toujours vrai. Cet amphithéâtre est d'ailleurs comme M. Grévy lui-même:

« Ad cædes hominum prisca amphitheâtra patebant,
« Ut longum discant vivere nostra patent. »

Et, en effet, tandis que les anciens souverains n'étaient bons qu'à provoquer des tueries humaines, notre souverain d'aujourd'hui nous apprend à respecter et à prolonger l'existence.

* * *

En dehors des Facultés, nous trouvons des mécontents en grand nombre dans les stations d'eaux minérales.

Il n'y a qu'un médecin inspecteur par ville d'eaux. Cela a pu avoir sa raison d'être lorsqu'on était obligé de chercher à se rendre compte de la valeur thérapeutique de telle ou telle station balnéaire. Aujourd'hui, la plupart des stations possèdent en abondance, sinon en excès, des médecins qui se chargent spontanément d'apprendre au public, scientifique ou non, que leurs eaux guérissent presque toutes les maladies. On réclame donc, et avec raison, dans un état démocratique et égalitaire, la suppression d'un titre suranné et en contradiction formelle avec nos institutions gouvernementales actuelles. A peu près tous les médecins hydrologues qui ne sont pas inspecteurs prennent à cœur cette revendication des *droits de l'homme et du médecin*. « Tous les médecins sont égaux devant la loi et devant les clients. » Par contre, je ne sache pas qu'il y ait un seul inspecteur en titre qui réclame l'abolition des fonctions et surtout du titre dont il est investi. De là, grand embarras dans les ministères. Quand on est issu du suffrage universel, comme l'est notre gouvernement, on ne saurait faire autrement que d'accueillir les réclamations d'une majorité quelconque.

Or, les non inspecteurs sont en majorité considérable sur les inspecteurs. Donc les médecins qui demandent l'abolition de l'inspectorat doivent obtenir satisfaction. Mais les inspecteurs, à la veille d'être dépossédés d'un titre qui, s'il a des charges, trouve aussi aux yeux de ceux qui en sont investis quelques avantages, n'y aurait-il que celui de satisfaire l'amour-propre, ont-ils démérité? Pour la plupart, on n'a d'autre reproche à leur faire que celui d'exister. Comment donc va se conduire le ministère *compétent* en pareille occurence? Ah! mon Dieu, c'est bien simple, le ministère n'est pas embarrassé! Il se contente, en fait de solution, de n'en

proprié, suffisamment longue, dont les deux chefs seraient, dans toute leur étendue, fortement rapprochés et courbés en bas, au voisinage du plein de l'anse; introduire le plein de l'anse dans la fosse nasale correspondante au polype et la pousser d'avant en arrière. Grâce au rapprochement de ses branches, l'anse devait traverser sans difficulté la fosse nasale d'avant en arrière dans toute son étendue et arriver dans l'arrière cavité des fosses nasales. De plus, en raison de l'incurvation à concavité inférieure donnée à cette anse, en continuant à la pousser, elle devait s'engager de haut en bas dans le pharynx et se placer entre la paroi postérieure de ce conduit et le polype. Lorsque le plein de l'anse serait arrivé audessous de ce dernier, les chefs étant maintenus en avant de la narine avec la main gauche, j'irai à sa recherche avec un ou deux doigts de la main droite introduits derrière le voile du palais. Je l'ouvrirai et l'attirerai en avant, de façon à faire passer en avant du polype. Cela fait, je n'aurai plus qu'à tirer sur les chefs pour que le pédicule du polype soit étreint par l'anse dont je fixerai les deux chefs dans un serre-nœud de Maisonneuve d'assez petit diamètre pour pouvoir être introduit par la narine et traverser la fosse nasale d'avant en arrière en suivant le plancher. Je devrai ainsi arriver à sectionner le pédicule du polype sans trop de lenteur et en restant à l'abri de l'hémorrhagie.

Le plan opératoire a été, vous le savez, réalisé de point en point, et sans que rien soit venu en troubler l'exécution. Le malade a été opéré assis; la section du pédicule, quoique faite assez rapidement, n'a donné lieu à aucune hémorrhagie.

Après l'opération, il s'est produit une douleur assez vive qui a duré quelques jours et que le malade rapportait à l'oreille; elle était probablement le résultat du traumatisme subi par la muqueuse au voisinage du pavillon de la trompe d'Eustache. Mais un phénomne plus important, çà a été l'élévation de la température qui, à plusieurs reprises, a dépassé 39o. J'ai pensé que cette hyperthermie devait être attribuée à la mortification d'une partie des tissus en connexion avec le pédicule du polype et sur lesquels avait porté l'anse du fil de fer constricteur. L'absorption de ces produits putrides suffisait à expliquer l'élévation de la température.

Pour obvier à ce danger, je poussai avec force dans la fosse nasale gauche avec une seringue à hydrocèle une injection d'acide borique à 3 %. Cette injection, qui revenait par la fosse nasale opposée, fut renouvelée plusieurs fois par jour et ne tarda pas à avoir raison de l'hyperthermie.

L'examen de la tumeur nous a montré qu'il s'agissait bien d'un fibrome et que la section avait exactement porté au niveau du pédicule.

Aujourd'hui, ce jeune homme quitte nos salles; il ne souffre plus, respire normalement et a retrouvé l'air de santé et les forces que lui avaient fait perdre des hémorrhagies répétées. Le seul symptôme qu'il présente encore et dont, je l'espère, il ne tardera pas à être débarrassé, c'est un léger nasonnement

PATHOLOGIE DE L'ENFANCE

OXYCRASIE D'ORIGINE HÉRÉDITAIRE, par le docteur JURANVILLE.

Le professeur Parrot, dans ses savantes Leçons cliniques, avait déterminé comme étiologie de l'athrepsie, ou plus scientifiquement de l'oxycrasie, cet état consécutif à l'acidité des milieux de l'enfant (neutres ou faiblement alcalins à l'état normal), deux causes principales: la mauvaise direction hygiénique alimentaire, qualitative et quantitative, et les changements brusques dans les milieux ambiants.

Dans un article paru récemment (voir GAZETTE MÉDICALE, no du 19 juin 1886), M. le docteur Gauhe, du Gers, s'appuyant sur un bon nombre d'observations cliniques, reconnut à l'oxycrasie une troisième cause principale: l'hérédité. — Il lui fut donné d'observer des enfants athrepsiques, avec accidents oxycrasiques, chez lesquels il était impossible d'invoquer comme étiologie une mauvaise direction dans l'alimentation dès le début de la vie. Les enfants faisant le sujet de ses observations, nés dans d'excellentes conditions sociales, nourris par leurs mères, bonnes nourrices, se trouvaient atteints d'athrepsie grave, sans qu'il fût possible d'en déterminer la cause. Les petits malades présentaient une glycosurie intermittente, intermittence s'expliquant précisément par la variété des causes pouvant lui donner naissance et servant essentiellement à différencier le diabète ordinaire des enfants de cette glycosurie athrepsique (Alb. Robin). D'une façon générale, ces enfants étaient issus de familles dont les

prendre aucune; et il n'a pas tort, à mon goût, car, le voudrait-il, il ne devrait pas risquer de se compromettre sur une question aussi difficile à résoudre. Il s'adresse donc à l'Académie de médecine pour lui demander de formuler un avis et de voter une décision motivée; mais ici la difficulté persiste. On ne supprime pas le précipice, on prend un chemin détourné pour ne pas y tomber, on envoie des émissaires pour jeter un pont. Eh! bien, me serait-il permis à moi, qui écris ces lignes sans ambition aucune et qui n'ai d'autre désir que l'entente générale, me serait-il permis d'indiquer au ministre une solution qui arrangerait tout? Il suffirait d'insérer au JOURNAL OFFICIEL un décret qui conférerait à tous les médecins présents et futurs qui exerceraient dans les villes d'eaux le titre d'inspecteur. Les gens en place ne seraient ainsi dépossédés d'aucuns de leurs privilèges, les médecins non-inspecteurs n'auraient plus de motif de se croire sacrifiés à des ambitions personnelles. Tout le monde y gagnerait, même la science. Car, dans mon projet, je me garde bien de rien supprimer au cahier des charges des médecins inspecteurs, lesquels doivent un rapport annuel sur les effets thérapeutiques des eaux près desquelles ils sont accrédités, en même temps qu'ils sont chargés de donner des soins aux indigents, parfois même aux ecclésiastiques, aux instituteurs et aux militaires. La science tirera donc profit de l'adoption de la mesure que je propose (sans réclamer le moindre brevet), car, au lieu d'un rapport personnel ne pouvant ne reproduire que les résultats observés sur la clientèle d'un médecin, le ministère devra recevoir autant de rapports qu'il y a de médecins hydrologues. On aura alors toutes les pièces du procès.

***

Que de questions dont la solution la plus simple n'est entrevue et surtout appliquée que trop tard. Voyez ce qui risque d'advenir pour l'Institut Pasteur. L'histoire de la vaccination antirabique comprend déjà trois périodes: 1o une période d'enthousiasme universel; 2o une période d'enthousiasme mitigé, chez quelques esprits grincheux ou sceptiques, par quelques inquiétudes nées de certaines déconvenues; 3o une période d'enthousiasme singulièrement refroidi par quelques insuccès et par le peu de réussite des Instituts d'Odessa, de Vienne, établis cependant suivant la formule de Pasteur. Ici encore, la sûreté expérimentale de M. Pasteur devrait être la femme de César: elle ne devrait pas être soupçonnée.

S'il est un aphorisme devenu bête à force d'être vrai, c'est celui

membres, à un degré d'ascendance variable, étaient arthritiques, emphysémateux, goutteux, eczémateux.

Nous avons été, pour notre part, mis à même de constater un fait confirmant de point en point l'idée de M. le docteur Gaube, et nous avons cru intéressant et utile de l'ajouter à ceux qu'a publiés notre confrère.

OBSERVATION. — *Oxyerasie intermittente chez un enfant de six mois, né et élevé dans les meilleures conditions hygiéniques et sociales. — Gravelle, arthritisme, affections herpétiques chez les ascendants. — Chaque poussée oxyerasique promptement améliorée sous l'influence du traitement par les alcalins.*

Antécédents héréditaires : Grand-père paternel, goutteux; grand'-mère paternelle, rhumatisante; grand-père maternel, graveleux; grand'mère maternelle, herpétique.

L'enfant L... a six mois; il est fort, bien portant et gai. Sa nourriture exclusive est le lait de ta mère, jouissant d'une bonne santé. — Ce lait a une densité moyenne de 1,042; il contient, en moyenne, 2 gr. de sels par litre, 65 gr. 07 de lactose; 19 gr. 59 de beurre, 11 gr. 20 de caséine. Il répond donc à toutes les conditions requises pour être sain et digestif.

Le 5 septembre, après une nuit un peu agitée, la mère constate que la tête et les mains sont brûlantes et, pour la première fois, l'enfant refuse le sein. Une diarrhée abondante apparaît en même temps; toutes les 3 heures, selles claires et vertes. — Les urines, épaisses et rares, rougissent fortement le papier de tournesol. Les fécès également sont très acides. Les urines réduisent environ 1 gramme de liqueur de Fehling par 20 gr., ce qui indique 0,25 centigr. de glycoside urinaire par litre d'urine. Les urines de la mère, qui est nourrice, réduisent environ 2 gr. 50 de liqueur de Fehling par 20 gr. ce qui donne, d'après le titre de notre liqueur, 0,75 centigr. par litre d'urine. — Cette réduction provient peut-être de la lactose signalée par Franz Hofmeister chez les nourrices.

Traitement: Les fonctions cutanées sont excitées par une abondante transpiration. L'eau de Vichy (Hauterive) est prescrite à la dose de 5 à 6 cuillerées à bouche par jour. Un effet des plus satisfaisant est rapidement obtenu; l'enfant reprend son appétit et sa gaieté. — Mais au bout de huit jours, nous sommes appelé à constater une réapparition des premiers symptômes; diarrhée verte et perte de l'appétit. Le traitement primitif à l'eau de Vichy étant institué à nouveau, la santé de l'enfant ne tarde pas à présenter une notable amélioration. Le mieux, dans l'état général, va s'accentuant, et au 6 ou 7e jour de traitement, l'enfant se trouve entièrement rétabli.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

APOPLEXIE ET HÉMIPLÉGIE URÉMIQUES, par A. FLORAND, interne, et CANNIOT, externe des hôpitaux.

La presque unanimité des médecins admettait, il y a peu de temps encore, comme loi absolue, que l'urémie ne pouvait, en aucun cas, donner lieu à des phénomènes paralytiques, quelques limités ou quelques incomplets que l'on veuille les supposer.

C'est à peine si de rares observateurs avaient osé protester contre la formule admise, lorsque notre maître, M. Raymond, dans un travail inséré dans la REVUE DE MÉDECINE du mois de septembre 1885, établit, le premier, en se basant tant sur de nombreuses observations suivies de nécropsie que sur des preuves expérimentales, que la loi admise était fausse et que l'on devait mettre incontestablement sur le compte de l'œdème ou de la congestion cérébrale bon nombre d'accidents paralytiques qui semblaient inexplicables, même après l'autopsie.

Au mois de novembre 1885, MM. Tennesson et Chantemesse publiaient également dans la REVUE DE MÉDECINE plusieurs observations d'hémiplégie et d'épilepsie partielle urémique et arrivaient à des conclusions assez analogues à celles de M. Raymond.

Peu de temps après ces divers auteurs, M. Lancereaux rapportait dans ses cliniques des faits absolument semblables et leur assignait la même pathogénie. Depuis cette époque, plusieurs observations isolées tendent chaque jour à prouver que, contrairement à l'opinion classique, M. Raymond a eu raison d'établir que l'urémie peut, dans certaines conditions de la circulation cérébrale, entraîner à sa suite des accidents d'apoplexie, de paralysie et même d'épilepsie partielle à début brusque et tout à fait semblables à ceux que produisent un foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement.

Nous avons cru utile de rapporter ici deux observations nouvelles recueillies dans le service de notre maître, le Dr Raymond.

OBSERVATION I. — *Néphrite diffuse. — Attaque apoplectique. — Mort dans le coma.*

La nommée P... (Anna), âgée de 20 ans, entre à l'hôpital Saint-

---

qui dit : « Mieux vaut prévenir le mal que d'avoir à le guérir. » Eh bien, M. Pasteur a réussi à rendre les chiens réfractaires à la rage; ce sont presque toujours les chiens qui nous donnent la rage; que le procédé de M. Pasteur soit donc appliqué à tous les chiens; que l'on promulgue une loi établissant que la vaccination antirabique sera obligatoire pour tout chien nouveau-né, sous peine d'une forte amende imposée au propriétaire en contravention : alors aucun Français n'aura plus peur de la rage et ne craindra plus de la contracter (crainte vaine, j'en suis convaincu, mais qui pourtant ne saurait être taxée d'absurde!) par la vaccination pastorienne. L'Institut fondé pour la vaccination antirabique trouvera sa raison d'être et continuera de rendre de grands services encore, en étudiant expérimentalement les autres maladies transmissibles qui déciment l'humanité. Quant aux moyens pratiques d'opérer la vaccination de tous les chiens de France, ils ne manqueraient pas; j'en ai indiqué moi-même un bien simple (le 1er mai dernier). On en trouverait facilement d'autres. Il suffirait d'adopter le principe. Les moyens d'exécution ne sauraient faire défaut.

En un temps où l'Etat semble tendre à tout faire, et à trop faire par lui-même, s'il est un ordre de choses où cette ingérence soit obligatoire pour les gouvernements et où cette ingérence doive être accueillie avec reconnaissance par les hommes de tous les partis, c'est bien dans les questions d'ordre hygiénique. Il s'agit de préserver le plus possible la vie des citoyens. C'est là le premier devoir de l'Etat.

*
**

J'ai eu tort de dire (1) que les livres légués par Daremberg n'étaient pas déballés. M. Dureau a bien voulu nous adresser une lettre rectificative et nous lui en sommes reconnaissant, car cette lettre nous apprend qu'à l'exception de la collection Daremberg, les autres legs, plus récents mais moins considérables, sont à la disposition des travailleurs.

Quoi qu'il en soit, il reste beaucoup à faire, et après avoir adressé nos plus chaleureux compliments au nouveau successeur de M. R. Briau, à M. A. Dureau lui-même, pour sa nomination à une place qui lui convient si bien, nous ferons avec lui des vœux pour que des donations princières viennent lui permettre, sinon d'étaler, au moins de mettre au large, les richesses dont l'Académie est dépositaire.

Dr Peter-Paul SOMANS.

(1) Feuilleton du 25 septembre.

Antoine, salle Grisolle, lit nº 5, le 12 août 1886, dans le service du docteur Raymond.

Rien de particulier dans ses antécédents. Grossesse récente suivie de fausse couche. Facies pâle et houffi. Ses urines, qui sont rares et foncées, contiennent de l'albumine en assez grande quantité. La malade prétend s'être refroidie quelques jours auparavant. Ses amygdales sont rouges, tuméfiées. La déglutition est difficile et douloureuse.

Elle accuse des maux de tête assez violents. Cependant, elle se lève, va et vient dans la salle sans la moindre gêne.

Traitement. — Régime lacté.

Le 16 août, elle tombe dans la salle sans connaissance. On la relève, on la remet dans son lit. Elle meurt quelques heures après dans le coma sans avoir repris connaissance.

Autopsie. — Les reins sont augmentés de volume et très congestionnés.

Décortication très facile de la capsule.

Lésions très caractérisées de néphrite diffuse.

L'encéphale est légèrement congestionné.

Les méninges sont saines et s'enlèvent avec une extrême facilité. Le cerveau est lisse, poisseux, comme imbibé d'un liquide sirupeux. Il paraît augmenté de poids. A la section, il s'écoule une assez grande quantité de liquide.

Les centres nerveux, ainsi que les vaisseaux cérébraux, examinés avec le plus grand soin, n'offrent pas la moindre trace de lésion ancienne ou récente. La pression de la substance nerveuse fait sourdre un peu de liquide.

Poumons congestionnés.

Cœur. — Sain. Pas de lésions valvulaires.

Rien dans les autres organes.

Réflexions. — Cette observation peut être rangée parmi les faits admis de tout temps, de mort dans le coma urémique. Elle présente comme particularité le début brusque des accidents et leur terminaison rapide dans le cours d'une albuminurie paraissant de date récente, peut-être due à la grossesse. Dans la plupart des cas à peu près analogues observés, les signes de l'intoxication urémique tiennent la première place. Dans notre observation, au contraire, la céphalée seule peut être mise, et encore d'une façon relative, sur le compte de l'intoxication urémique. Les phénomènes qui découlent d'une lésion mécanique sont, au contraire, prédominants, et on peut penser que l'œdème cérébral a probablement été la cause de la mort de notre malade.

Obs. II. — *Néphrite interstitielle. — Hémiplégie urémique. — Mort.*

Le nommé S..., âgé de 75 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du docteur Raymond, salle Magendie, lit nº 5, le 9 octobre 1886.

Il ne semble rien présenter de particulier dans ses antécédents. Ni syphilis, ni alcoolisme. Il n'a jamais été malade.

L'hémiplégie, qui le fait entrer à l'hôpital, date de la nuit du 4 octobre. Elle n'a pas été précédée de perte de connaissance. Le malade prétend que depuis quelques jours il souffrait de la tête et que le matin, à son réveil, il s'est aperçu qu'il ne pouvait plus se servir de son côté gauche. Malgré ses efforts, il ne put sortir de son lit, et il fut conduit à l'hôpital le 9 octobre.

Nous le trouvons le 10 octobre dans l'état suivant : hémiplégie gauche complète occupant les membres et la face, mais marquée surtout au bras. Le malade peut encore contracter quelques muscles de sa jambe, mais il ne lui est pas possible de la soulever. Il prétend que celle-ci est de temps à autre agitée de secousses involontaires et parfois accompagnées d'élancements douloureux. Paralysie, assez marquée, du facial inférieur du même côté.

La douleur de tête persiste. Elle est même un peu plus violente et s'étend à la nuque.

La sensibilité des membres paralysés est absolument nulle ; on peut impunément pincer et piquer tout le côté gauche.

L'intelligence est parfaitement conservée. Le malade répond d'une façon très nette et très précise aux questions qui lui sont posées.

Le cœur est sain. Pas d'athérome des radiales ni des temporales.

Pas de signes de tuberculose. Un peu de congestion à la base des poumons, surtout à gauche.

Peu d'appétit; soif ordinaire. Pas d'incontinence des matières.

Le malade urine fréquemment, mais chaque fois en petite quantité. Ses urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine.

Jusqu'au 12 octobre, le malade reste dans le même état.

Le 13 octobre, on remarque que la sensibilité a reparu dans les membres paralysés. Les élancements douloureux que nous avons signalés persistent. La réflectivité paraît un peu exagérée.

Le 16 octobre, le malade présente des signes de congestion pulmonaire double assez prononcés. Sa respiration est fréquente, sa langue sèche. Il a des soubresauts douloureux dans sa jambe gauche et accuse plus de céphalalgie que les jours précédents.

L'intelligence reste nette.

Le 19 octobre, le malade est dans le coma. Respiration stertoreuse. Pouls petit, fréquent.

Mort le 20 octobre, à sept heures, sans avoir repris connaissance.

Autopsie le 21 octobre. — *Cavité crânienne.* — Il s'écoule peu de sérosité à l'incision de la dure-mère. Les méninges semblent un peu épaissies, mais elles se détachent avec une extrême facilité de la substance cérébrale. Elles sont très congestionnées et présentent même en divers points des suffusions sanguines.

Les vaisseaux de la base, l'artère sylvienne, ne présentent aucune trace d'athérome. Il ne s'écoule que peu ou point de liquide des ventricules, mais la substance cérébrale est très œdématiée. Elle est poisseuse, comme imbibée d'une solution de gomme, et sa pression fait sourdre une assez grande quantité de liquide. Les vaisseaux sont gorgés de sang.

Malgré l'examen le plus attentif, il n'existe dans les centres nerveux aucun foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement ancien ou récent. Quelques lacunes très légères dans la protubérance et au niveau du bulbe.

Poumons congestionnés et œdématiés à leur base.

Cœur absolument sain. Aucune lésion valvulaire.

Estomac considérablement dilaté.

Reins petits, granuleux, présentant à leur surface et à la coupe des kystes multiples. Lésions très profondes, macroscopiques et microscopiques, de néphrite interstitielle.

Rien dans les autres organes.

Réflexions. — Le malade, duquel nous venons de relater l'observation, a été considéré, de son vivant, par M. Raymond comme atteint d'hémiplégie vulgaire, soit par hémorrhagie cérébrale, soit par ramollissement. L'absence de tout phénomène antérieur, l'état normal de ses urines, ne permettaient pas de supposer la véritable cause de son hémiplégie. La surprise d'autopsie prouve une fois de plus combien l'on doit tenir compte dans le diagnostic différentiel de la cause d'une hémiplégie, de l'œdème cérébral. Elle montre, il est vrai, une fois de plus, combien ce diagnostic est difficile, sinon impossible.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

TRAVAUX RUSSES

I. LA COCAÏNE DANS LE TRAITEMENT DE LA STÉNOCARDIE, par le professeur LACHKIÉWITCH (*Rousskaia méd.*, 1886, n° 12).— II. LES BAINS DE SIÈGE CHAUDS DANS LA PNEUMONIE CATARRHALE, par BÉNÉVOLENSKY (*Fégénéd. klin. Gazeta*, 1886, nos 8 à 10). — III. TRAITEMENT DE LA DIPSOMANIE PAR LA STRYCHNINE, par N. POPOFF (*Wratch*, 1886, no 10). —IV. LA STRYCHNINE COMME MOYEN DE TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME, par A. PARTZÉVSKY (*Méd. Obosrénié*, 1886, no 15). — V. « VIBURNUM PRUNIFOLIUM », UN REMÈDE CONTRE L'AVORTEMENT, par J. LWOW (*Méd. Obosrénié*, 1886, no 17).

I. Le professeur LACHKIÉWITCH emploie avec succès, contre l'angine de poitrine, le chlorhydrate de cocaïne à la dose de 1\|2 à 1\|3 de grain (0,025 à 0,017), troie à quatre fois par jour. Aprés deux à trois jours de traitement, lee accèe d'angine de poitrine diminnent d'intensité, de durée et de fréquence et finiesent par disparaître. Le pouls devient plus lent et plus plein et la quantité d'urine augmente.

II. Dane trois cas de pneumonie catarrhale, les bains de siège chaude de 34o ou 35 R. et d'nne durée de quinze à trente minutes ont donné à l'auteur de bons résultats. Chez le premier malade, la pneumonie s'était développée à la suite d'une fièvre typhoïde. Au quinzième jour de la maladie, quand la température oscillait entre 39° et 40o, le malade fut, pour la première fois, placé dans un bain de siége chaud dont l'eau atteignait la région ombilicale. Le même soir, la température descendait jusqu'à 38o,7. Sous l'infinence de ce traitement, l'état général s'améliora promptement et la guérison survint après le sixième bain. Dans ce cas, nutre les hains de siège, l'auteur eut recours aux vésicatoires et aux remédes usuels. Un second malade, dont la pneumonie catarrhale s'était développée sur le terrain d'nne bronchite chronique, fut traité seulement par les bains. Sa température, qui, au début, était de 39o, commença à s'abaisser après le troisième bain et devint normale aprés le quatriéme. Après le septième bain, la guérison définitive s'établit. Le troisième malade souffrait d'une pneumonie catarrhale, suite de la rougeole. Chez lui, les phénoménes morbides du côté dee poumons disparurent après le dixiéme bain. L'influence favorable des bains de siége chauds s'explique, d'aprés l'auteur, par leur action dérivative. Ils ne seraient utiles que là où le processus inflammatoire n'a pas engendré de processus ulcératif et seraient même nuisibles dans le cas contraire. Les bains généraux, dans la pneumonie catarrhale, n'auraient pas l'effet curatif des bains de siége.

III. Dane deux cas de dipsomanie, POPOFF obtint un résultat remarquable par l'usage de la strychnine en injections hypodermiques. Son premier malade, prédisposé par hérédité à l'aliénatinn mentale et à l'alcoolisme, s'adonnait journellement à la boisson dès l'âge de vingt ans. Plus tard, forcé par un catarrhe gastrique à abandonner l'usage quotidien des boissons alcoolique en excés,il devint dipsomane.Ses acces le prenaient tous les mois ou tous les trois mois et étaient toujours précédés par des symptômes prémonitoires caractéristiques. Popoff commença le traitement pendant une période dipsomane quand le malade se trouvait dans un état d'inconscience.Chaque jour, on administrait nne injectinn de 1\|30 de grain d'azotate de strychnine. Plus tard, les injectione ne se faisaient que tous les deux jours et enfin deux fois par semaine senlement, jusqu'à ce que le malade eût recouvré son état normal. Déjà la première injection fnt suivie d'une amélioration nntable : le malade n'exigeait plne de *vodka*. A l'apparition des symptômes prémonitoires de l'accès suivant, Popoff ordonna de nonvelles injections de 1\|60 de grain une fois par semaine. Cette fois aussi, le résultat fut excellent. Une troisième période prémonitoire nécessita de nouvelles injections. Aprée trois doses de 1\|45 de grain, tous les symptômes morbides disparurent pour ne plus reparaître. Le malade était guéri. Le second cas est analogue au premier. L'anteur conclut de ces observations que les premières injections de strychnine *coupent* l'accès dipsomane, et les injections suivantes, en faisant disparaître ces sensations morbides, si variées et pénibles, dont sont affectés les alcooliques, préviennent l'apparition de nonveaux accès.

IV. Ayant eu connaiseance de l'article de Popoff que nous venons de relater, PARTZEWSKY se mit à essayer le traitement par la strychnine chez les alcooliques dane un hôpital de Moscou. Il se servait d'une solution de nitrate de strychnine 1 : 500 et injectait deux fois par jour le contenu de trois divisions de la seringue de Pravaz. Ses observations portent sur neuf cas. Chez deux malades, l'effet du traitement fut nul ; mais, chez les sept autres, le résnltat fut très satisfaisant. Voici lee conclusions de l'auteur : 1o Sous l'influence des injections hypodermiques de strychnine, le sommeil et l'appétit se rétablissent rapidement, les hallucinations cessent, le sentiment de peur morbide disparaît, le tremblement des mains diminue et finit par disparaître, l'irritabilité s'amende ; 2o nul autre traitement ne produit une auesi prompte amélioration de l'aspect général des malades : la teinte cyanotique de la peau et la bouffissure de la face et des mains disparaissent trés vite, ce qui dépend peut-être d'une augmentation notable de l'excrétion de l'urine produite par la strychnine (1600 à 2500 cc. dans deux cas); 3o chez les malades, traités par la strychnine, la tendance invincible à la boisson disparaît complétement. Toue les malades de l'auteur affirmaient ne plus désirer de la vodka ; 4o la durée du traitement dans les cae de Partzewsky variait de 4 à 39 joure. Ces différences considérables sont dues aux maladies qui compliquaient quelques cas (pneumonie croupale, scorbut, etc...) Le nombre des injections ne dépassait pas 4 à 8, un seul cas excepté, où l'on fut obligé de faire 15 injections.

V. En 1886, un médecin anglais, PHARES, avait attiré l'attention des praticiens sur un ancien remède populaire, le *viburnum prunifolium* (viorne) qu'il recommandait surtout contre les avortements et les accouchements prématurés. Ensuite Wilson, de Liverpool (THE BRIT. MED. JOURNAL, 1885, 16 mai), se servit avec succès de ce remède. Dernièrement Lwow (de Kazan) a essayé le viorne dans 15 cas. Chez six malades, le traitement fut institué quand tous les symptômes d'un avortement commencé étaient déjà présents : fortes hémorrhagies, raccourcissement du col avec ouverture de l'orifice, douleurs utérines. Les malades prenaient quatre fois par jour l'extrait sec de *viburnum prunifolium* à la dose de deux grains (0,10), en poudre ou en pilules. Le reméde était très bien supporté. Quand lee douleurs utérines étaient très fortes,

on ajoutait un qnart de grain (0,013) d'opium à chaque dose de viorne. *Dans aucun des 15 cas de Lwow, l'avortement n'eut lieu.* L'hémorrhagie s'arrêtait bientôt et la grossesse continuait son cours normal. Plusieurs malades, qui appartenaient aux classes pauvres, n'ont même pas été contraintes à garder le lit et pouvaient se livrer à quelques travaux de ménage pendant toute la durée du traitement.

Dr W. HOLSTEIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DES AFFECTIONS PUERPÉRALES, par H. FRITSCH, ouvrage traduit de l'allemand par E. LAUWERS et E. HERTOGHE, précédé d'une préface de M. le professeur EUG. HUBERT. — Paris, G. Carré, et Bruxelles, A. Manceaux. In-12 de 284 pages.

Voici un livre destiné à rendre les plus grands services. Lorsque l'on compare, en effet, la mortalité dans les affections puerpérales durant la longue période que l'on peut appeler *pré-antiseptique* ou mieux *pré-listérienne* à la mortalité depuis l'emploi méthodique des désinfectante, on ne peut qu'admirer lee immenses bienfaits des paneements antiseptiques.

Qu'il n'y ait pour la fièvre puerpérale, dirons-nous avec le professeur E. Hubert, de Louvain, qu'une seule espèce de bactérie infactante on qu'il y en ait plusieurs, que la virulence des bactéries puisse s'exalter ou s'atténuer, que la gravité des accidents dépende de leurs qualités individuelles ou de leur nombre, ou même de la nature du terrain qu'elles envahissent, que l'ennemi eoit le *microsporon septicum* de Klebs on tout autrs schizomycète, il importe, en eomme, assez peu; un double fait est acquis qui domine tont: En *théorie*, la fièvre puerpérale est due à *un micro-organisme, infectant les plaies utérines et vaginales;* — En *pratique : l'infection puerpérale s'est retirée de toutes les maternités où les idées d'antisepsie ont été reçues et mises en vigueur.* La thérapeutique ancienne était impnissante; la thérapeutique nouvelle est maîtresee du fléau. Le jour ne s'est pae fait tont à coup, maie les ombres restantes se dissiperont rapidement. L'œuvre de Fritsch est une des premières qui ait été écrite en pleine lumière, par un savant très complet, et, ce qui la recommande plus encore, par un clinicien de premier ordre, assez sincère pour reconnaître ses tâtonnements et même ses exagérations du début.

Déjà, dès 1860, Semmelweis avait eu l'intuition de la vraie nature du mal, et si on avait écouté ses adjurations, violentes il est vrai, mais si méconnues alors, des milliers de morts eussent pu être évitées.

Consciencieux, véridique et impartial autant que peut l'être nn Allemand (un Allemand de Breslau, il est vrai), le profeeseur Fritsch n'omet pas complétement de citer les travaux français (Baudelocque, Hervieux, Polosson, Tarnier, Budin, Bar, Pasteur, Doléris). « La manière de voir des Français, dit-il (p. 24 et 25) a été, dans ces derniers temps, identique à la nôtre. Je dois même ajouter que *les accoucheurs français employaient avant nous le sublimé corrosif, antiseptique par excellence.* En 1882, déjà Tarnier annonçait qu'il se servait du sublimé à 1/2000, taodis que les premières publications allemandes, au sujet de l'emploi de cet agent, en obstétrique, datent de 1883. Bnddin employait aussi le sublimé, et Bar a pnblié nn travail remarquable, dane lequel il dit avoir, depui s deux ans, fait de nombreuses irrigations vaginalee et ntérines avec la solntion de sublimé à 1/2000, sans avoir observé un seul cas d'intoxication. » Mais le professeur H. Fritsch n'est-il pas trop absoln, sinon draconien, dans le projet de réglementation qn'il propose d'imposer aux sages-femmes de l'empire allemand? Imposer des lavages des mains et des avant-bras d'une durée *exacte* de cinq minntes, avec nettoyage des ongles et des bords des ongles à l'aide d'une brosse imbibée d'une solution d'acide phénique à 5 % suivi d'un nettoyage de la partnriante aussi minntieux, ne lui semble pas suffisant. Après avoir ainsi nettoyé la parturiante, l'accoucheuse se lave de nouveau soigneusement les mains dans la solntion phéniquée à 5 0/0. Elle ne peut pae s'essuyer les mains; elle doit faire l'exploration vaginale avec la main mouillée. Elle n'emploie ni huile, ni cérat, ni graisss. Après cela, elle prépare une nouvelle solution à 5 0/0 d'acide phénique; elle y plonge la main avant chaque exploration.

Loreque l'accouchement et la délivrance sont terminée et que l'hémorrhagie a cessé, la sage-femme lave les organes génitaux externee avec nne solution fraîche de 2 1/2 0/0 d'acide phénique; elle enlève avec les doigte le eang qui adhère aux parties.

Il est interdit à l'accoucheuse d'employer des éponges ou de la ouate; elle ne peut faire d'irrigations vagioales. »

Je ne continue pas la citation : « L'excès en tont est un défaut. » Mais ne vant-il pas mienx pècher par excès mêms lorsqu'on exige qn'un « ou deux kilogrammes d'acide phénique soient tenus en dépôt dane chaque localité, soit chez le maire, chez le curé, chez le maître d'école ou ailleurs, afin qu'en cas de besoin la sage-femme, en donnant en retour un certificat de réception, puisse aussitôt se procurer cet antiseptique »! Quant à donner nne récompense à toute sage-femme qui anrait fait un certain nombre, 50 par exemple, d'accouchements sans un seul cas de mort, je ne crois pas qu'il y ait parmi les médecins un seul praticieo sérieux qui pût désapprouver ce projet. Et tout le monde y gagnerait.

Le livre de M. Fritsch est en résumé une œuvre utile.

Dr ALBERTUS

L'EMBAUMEMENT, LA CONSERVATION DES SUJETS ET LES PRÉPARATIONS ANATOMIQUES, par le docteur S. LASKOWSKI, in-8 de 154 pages. — Genève, Bâle et Lyon, H. Georg, libraire éditeur, 1886.

M. S. Laskowski, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Genève, qui, dès 1864, avait proposé la glycérine phéniquée pour la conservation des pièces anatomiques (procédé Laskowski et Brissand), vient de publier, soue forme de travail d'ensemble, un mémoire qui a été couronné par l'Académie des sciences de Caen, sur l'embaumement et la conservation des préparations anatomiques.

La première partie de ce mémoire est consacrée à l'historique de la question. M. Laskowski divise cette histoire en trois parties :

1° *Embaumement égyptien* ou méthode ancienne; elle consistait à vider le corps de ses viscères; on les remplaçait par de la myrrhe broyée, de la cannelle et d'autres parfums, puis on recouvrait le corpe avec du natrum (carbonate de soude). An bout de soixante-dix jours, on lavait le corps pour l'envelopper de bandelettes de coton agglutinées par la gomme arabique.

2° *Embaumement par la méthode européenne* qui ne remonte guère qu'à la fin du XVIe siècle, car les Romains, non plus que les Arabes, ne se préoccupaient guère de la conservation des cadavres. Ce furent des anatomistes qui firent les premiers essais : Ruysch, qui se servait de suif mêlé à de la cire blanche et à du cinabre et de l'alcool de grain additionné de poivre noir; Swammerdam, qui se servait du mélange d'une multitude de substances résineuses, aromatiquee et absorbantes; Chaussier, qui, le premier, recourut au bichlorure de mercure.

3° Enfin, la *période moderne*, qui, depuis Gannal (nitre, chlorure de sodium, alun et acide arsénique), en passant par Duprez (acide sulfureux) et Sueqnet (chlorure de zinc), s'étend jusqu'à Laskowski.

Puis vient un chapitre sur la coneervation temporaire des cadavres, euivi d'un troisiéme chapitre sur la conservation des piéces anatomiques.

La description du procédé de l'auteur forme la deuxième partie de son mémoire. Le liquide conservateur qu'il emploie n'est autre, on le sait, qu'un mélange de glycérine (100), acide phénique (10), eau (20), acide borique (10), sublimé corrosif (0,50).

Voici comment, d'après M. Laskowski, on doit procéder á la conservrtion des préparations anatomiqnes destinées aux musées et aux collections. Il faut choisir de préférence des sujets encore jeunes, peu chargés de graisse et dont les muscles ne soient pas trop durs, ni trop fortement colorés. On prend une pièce disséqnée, on la lave, ensuite on l'éponge soigneusement et on la badigeonne avec un grand pinceau trempé dans l'alcool, afin d'enlever l'excés d'eau qu'elle renferme, puis on l'essuie encore une fois avec une éponge fine. La durée de la macération dépend de la concentration du liquide, du volume de la piéce et de l'épaisseur des parties molles. Elle varie de cinq à quinze jonre. On laisse ensuite égoutter à l'air lihre, de préférence dans un endroit un peu obscur et humide. En perdant une grande quantité d'eau absorbée par la glycérine trés hygrométrique, la pièce s'est durcie, elle a perdu un tiers de son poids et de son volume, les muscles sont devenns trés consistants, les tendons et les ligaments paraissent dessêchés, transparents, jaunâtres et dépourvus absolument, ainsi que les articulations, de souplesse et d'élasticité; mais, exposée à l'air un peu saturé d'humidité, la glycérine, qui a pénétré par imbibition dans tous les tissus en déplaçant l'eau, en emprunte de nouveau à l'air ambiant nne certaine quantité qu'elle fixe définitivement. La pièce reprend alors petit à petit son volume primitif, sa souplesse et ea couleur, et redevient ce qu'elle était avant ea macération; elle est définitivement conservée.

Le travail de M. Laskowski, ainsi que l'a fait observer M. Fayel (rapporteur de la Commission nommée par l'Académie de Caen pour le concours qu'elle avait ouvert), passe légèrement sur la description des méthodes employées antérieurement à la sienne. Mais le procédé de l'auteur est *tellement excellent que, avec ou sans quelques modifications plus ou moins heureuses, il est à peu près universellement employé aujourd'hui comme base des meilleurs liquides conservateurs*. Aussi tous les anatomistes seront-ils heureux de pouvoir lire dans tous ses détails la description du procédé découvert et employé par le docteur Laskowski tant pour la conservation des sujets entiers que pour les préparations des pièces anatomiques destinées à l'enseignement.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

C. Gehrardt et F. Muller. — Mittheilungen aus der medicinischen Klinik zu Wurzburg. — IIe année. Un volume grand in-8 de 412 pages, avec une table. — J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1886.

Le second volume de la *Clinique de Wurzburg* tient les promesses du premier. Voici la liste des travaux originaux qu'il renferme :

F. Hammer. — Du mycosis fongoïde.

K. Herxheimer. — De la syphilis cérébrale.

C. Engel. — Action antipyrétiqne et antizymotique de l'antipyrine.

L. Ortweiler. — Signification physiologique et pathologique de l'indican dans l'urine.

K. Rauke. — Les liquides séreux.

W. Branneke. — De l'ammoniaque dans les fèces chez l'homme sain et malade.

Steger. — Contagion nosocomiale du typhus.

R. Hirsch. — Statistique du rhumatisme articulaire aigu.

C. Gehrardt. — Sur la cause de la fièvre dans les maladies infectieuses.

Th. Escherich. — Troubles trophiques dans la chorée, et exanthème ortié dans l'intoxication arsénicale.

F. Muller. — Elimination de l'indican pendant l'inanition.

R. Matterstock. — Des bacilles de la syphilis.

F. Muller. — De l'assimilation des vapeurs mercurielles.

Le volume se termine par des communications de moindre importance sur l'action des bains de sable, la fièvre hémoptoïque des phthisiques, le psoriasis, etc.

De toutes cee recherches originales, je retiendrai principalement celles de C. Engel eur l'antipyrine.

C. Eogel fait d'abord une rapide revue de toutes les théories qui, depuis Lavoisier, ont été émises sur la fièvre, et il arrive à cette conclusion que l'élévation de la température est due à une augmentation des combustions, laquelle est influencée aussi par des modifications du système nerveux.

Un antipyrétique doit abaisser la température, mais il n'est vraiment antipyrétique qu'à la condition de modifier préalablement la désintégration organique et la tension des vaisseaux.

L'antipyrine diminue la quantité d'azote éliminée par les fèces et l'urine, aussi bien chez l'homme sain que chez le fébricitant, et cette diminution vient réellement d'un abaissement de la désintégration organique, et non d'un retard dans l'excrétion de l'azote. D'un autre côté, l'antipyrine a une action antiseptique inférieure à celles des autres antipyrétiqnes.

Telles sont les conclusions principales du remarquable mémoire de C. Engel, qui restera comme un modèle à suivre pour l'étude physiologique et thérapeutique des antipyrétiques.

Albert Robin.

REVUE DES THÈSES

De l'évolution des hématomes traumatiques (a l'exclusion de ceux des grandes cavités séreuses), par A. Lemarignier. — Thèse de Paris, 1886.

Les épanchements sanguins collectés et développés sous l'influence d'un traumatisme ou hématomes ee terminent ordi-

nairement par la résorption complète; dès que le caillot s'est rétracté et que la sérosité est résorbée, la fibrine subit la métamorphose moléculaire, les globules rouges se détruisent; dans le tissu conjonctif voisin, des globules blancs se montrent en grand nombre et absorbent les granulations colorées, débris des globules rouges, cela d'autant plus vite que le sang s'est davantage infiltré dans le tissu cellulaire, car la masse ainsi disséminée est en rapport avec un bien plus grand nombre de globules blancs et de cellules conjonctives.

Mais l'épanchement, au lieu d'être résorbé, peut s'enkyster, s'entourer d'une couche de tissu embryonnaire qui ne tarde pas à se vasculariser; le sang ne persiste pas à l'état liquide avec conservation des globules, mais subit diverses modifications.

On peut voir les parties solides de l'épanchement sanguin persister seules pour ainsi dire indéfiniment (tumeur fibrineuse); quelquefois les parois du kyste s'infiltrent de sels calcaires. Le plus fréquemment, la collection, au lieu de s'indurer, tend à devenir de plus en plus fluide, forme une bouillie semblable à du raisiné, ou lie de vin, ou chocolat, ne se résorbe pas d'habitude spontanément, peut rester stationnaire et plus souvent s'accroît lentement ou par poussées.

Il est aussi des kystes qui renferment un liquide incolore, consécutif cependant à un épanchement sanguin; quelquefois les éléments colorée ont entièrement disparu, et rien au moment de l'ouverture du kyste ne vient rappeler l'origine du contenu de la poche.

A côté de ces modes d'évolution torpide, il est des faits dans lesquels apparaissent des phénomènes inflammatoires plus ou moins intenses.

Parfois, la suppuration apparaît; elle se borne à produire un simple abcès hématique, sans gravité pour la vie, ou bien revêt une forme beaucoup plus grave, s'accompagne même de sphacèle plus ou moins étendu des parties molles.

Dans certaines conditions assez mal déterminées, un foyer sanguin peut se transformer en abcès, même très volumineux, sans qu'il se produise une vive réaction inflammatoire.

L'épanchement sanguin pourrait être enfin le point de départ de tumeurs bénignes ou malignes : la néoformation embryonnaire, consécutive à l'irritation traumatique ou produite par la présence de l'épanchement, pourrait persister et donner naissance à des tumeurs du genre sarcome; il faut dire qu'il n'est aucun fait probant qu'on puisse citer à l'appui de cette opinion.

Quelles sont les causes de ces différents modes d'évolution?

Le lieu même où se fait l'épanchement est le plus important; le sang, accumulé dans une bonne séreuse normale ou surtout accidentelle (dont les parois conjonctives sont plus ou moins épaisses et entourées d'un tissu cellulaire toujours un peu irrité), aura peu de tendance à se résorber; ainsi s'explique le siège relativement fréquent des hématomes à la fesse, à la région trochantérienne, etc.

Ce qui favorise le plus l'enkystement, surtout dans les épanchements sous-cutanés, c'est l'inflammation préalable des tissus de la région siège du trauma; l'existence d'un tissu dense, graisseux, préalablement induré par l'inflammation, s'oppose à l'infiltration du sang et à la résorption du sang collecté.

Quant à la suppuration, elle est attribuable à la violence de la contusion; si la suppuration survient plus tard, c'est à la marche, à de nouvelles contusions de la tumeur que l'on doit attribuer la suppuration des parois de la poche.

17 observations, dont 5 inédites, sont rapportées à la fin de cette thèse.

Contribution a l'étude de l'épanchement sanguin du tissu cellulaire, par G. Dutard. — Thèse de Paris, 1886.

On vient de le voir, la guérison spontanée d'un hématome n'est point constante, et M. Dutard consacre sa thèse à l'étude du traitement de l'épanchement sanguin du tissu cellulaire. C'est la méthode du professeur Trélat, la compression, que l'auteur décrit particulièrement, la compression gourmande d'ouate et de bandes serrées à tour de bras, appareil parfait immobilisant autant qu'il comprime, restant en place le temps qu'on juge nécessaire, surtout si on croise obliquement sur les derniers tours de bande de longues et étroites bandelettes de diachylon qui empêchent la bande de glisser. En procédant ainsi, la douleur disparaît et on dissémine la collection sanguine dans le tissu cellulaire voisin qui doit l'absorber.

Mais lorsqu'un hématome est constitué en kyste, il faut intervenir par le bistouri; en ces cas, la compression est encore utile; elle s'oppose à l'augmentation de cette production nouvelle et en ralentit le développement.

M.

De l'urétérite et de la périurétérite, par C. Tourneur. Thèse doctorale, 1886.

Une étude de l'inflammation de l'uretère a été rarement entreprise isolément et en dehors de celle des reins ou de la vessie. A l'instigation de M. Le Dentu, M. Tourneur a tenté une description complete de l'urétérite.

L'anatomie pathologique possède un nombre de matériaux assez considérable; dans les relations d'autopsie de maladies de la vessie et des reins, dans les atlas de Cruveilher et de Rayer, on trouve décrites et représentées les lésions rencontrées accessoirement sur les uretères. Mais l'histoire clinique de la maladie était toute à faire. Elle comprend des symptômes rationnels et des signes physiques. Les premiers consistent en une douleur qui n'est ni celle de la cystite, ni celle de la néphrite, localisée entre ces deux organes; en second lieu, il peut exister des troubles généraux, et l'uretère serait souvent un des points d'origine des lésions locales de l'appareil urinaire qui, d'après M. Le Dentu, se traduisent par ce qu'on désigne sous le nom de « fièvre urineuse ».

La douleur, rarement spontanée, est facilement provoquée par la palpation; quand elle est bien conduite, cette palpation permet en même temps de reconnaître les changements de volume et de forme survenus sur le trajet de l'uretère. Pour la bien faire, il faut tout d'abord avoir des points de repère que M. Tourneur s'est efforcé de préciser. Puis le malade étant convenablement disposé et l'intestin étant vide, on se place du côté à explorer et on déprime lentement avec les quatre derniers doigts les parties molles jusqu'à la colonne vertébrale. S'il y a déformation ou augmentation de volume, les mains, placées suivant le trajet de l'uretère et ramenées vers l'opérateur, sentent un cordon vertical, assez résistant, dont la compression au niveau du détroit supérieur donne une sensation bien nette et bien différente de celle que fournit la compression de l'intestin à ce niveau. Cette saillie est surtout marquée dans les cas de périurétérite. L'auteur insiste sur la nécessité de pratiquer cette exploration avec ména-

nagement et eur les dangers de rupture qu'une action trop brusqne pourrait entraîner.

A propoe du traitement, l'autenr dit quelques mots des tentatives de cathetérisme de l'uretère pratiquées par Simon (de Heidelberg) et résume l'état actuel de la question; il conclut d'ailleurs en faieant les plue extrêmes réserves sur ce point : la plnpart du tempe, on devra se borner à un traitement général qui s'adressera aussi bien aux reins et à la vessie et à l'application de révulsifs sur la paroi abdominale.

Dr E. DESNOS.

SUR LA CAUSE DE LA MORT NATURELLE OU PHYSIOLOGIQUE, par SULEÏMAN GAZALA. — (Thése de doctorat de Paris, 1886.)

M. Boncbard a donné de la vie cette définition : « La vie, c'est la nutrition », d'oú découle forcément le corollaire suivant : « La mort, c'est l'arrêt de la nntrition ». Or, le phénomêne nutritif étant un acte purement pbysique, son arrêt et la mort doivent avoir une cause physique purement matérielle.

L'orgaulsme est conetitué par un assemblage de cellnles; chaque cellule se compose du protoplasma, d'nn noyau, d'une membrane, dont l'activité est nulle ou très douteuse, qni va toujonrs en s'épaisseissant, perd sa perméabilité, s'incruste même de sels calcaires; la mutation nutritive s'opère au travers de cette membrane, d'antant mieux que la cellule est plus jenne; la membrane gêne d'abord, par son évolution naturelle et fatale, puis arrête complètement l'échange nutritif et entraîne la mort de la cellule. « La cellule meurt par sa membrane ».

Le corps peut être considéré comme une seule cellule, divisée en deux parties : l'une, active et vivante par excellente, représente le protoplasma (cellules qui, après avoir accompli leur évolution, e'éliminent, cellules épidermiques, glandulaires, etc., et cellulee qui restent lee mêmes, à protoplasma se régénérant par mutation nutritive, cellules nerveuses, musculaires, etc.); l'autre, que l'on peut considérer comme inerte, compose la membrane(fibres de tissu conjonctif, élastique, etc.).

Tous les éléments actifs et vivante sont logés dans les plis et replis du tissu conjonctif, on bien se développent sur une surface formée par lui; leur nntrition ne leur arrive qu'au travers de ce tiseu. Or, le conjonctif se modifie avec l'âge, se condense, s'bypertrophie, se rétracte, s'incruste de sels calcaires. Ce tiesu conjonctif continue à se développer, arrive forcément à s'bypertropbier par l'effet de la vie elle-même, ohéit, jusqn'à la mort, à une loi de développement régulière et normale; cette sclérose est une affection fatale, incurable, caractère fondamental de la vieillesse, cause initiale de la sénilité et, finalement, de la mort.

« La cellule meurt par sa membrane. — L'bomme meurt par son tiseu conjonctif ».

MAUBRAC.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les travaux pratiques de physiquo, de chimie et d'histoire naturelle ont commencé, pour les élèves de première année, le mercredi 3 novembre 1886. Ils auront lieu pendant le premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, aux jours et heures ci-après désignés dans les laboratoires installés à cet effet à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin :

1° Physique. — Les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de quatre heures à six heures du soir.

2o Chimie. — Les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de huit à dix heures et demie du matin.

3° Histoire naturelle. — Les lundi et jeudi de chaque semaine pour la première série, de neuf heures à onze heures du matin; les mardi et vendredi de chaque semaine pour la deuxième série, à la même heure.

— M. le professeur Ball commencera le cours de clinique de maladies mentales le dimanche 7 novembre 1886, à dix heures du matin, à l'asile public des aliénés de Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

— M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 8 novembre 1886, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Il traitera cette année de la grossesse, de l'avortement et de l'attentat à la pudeur.

— M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophthalmologique le lundi 8 novembre 1886, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Le cours et les opérations ont lieu à neuf heures; les exercices ophthalmologiques ont lieu tous les mercredis.

— M. le professeur Jaccoud commencera le cours de clinique médicale le mardi 9 novembre 1886, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital de la Pitié, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. La visite des malades a lieu tous les jours, à neuf heures du matin.

— M le professeur Duplay commencera son cours de médecine opératoire le jeudi 11 novembre 1886, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Il s'occupera, pendant la durée de son cours, du traitement des maladies chirurgicales de la tête et du cou, et des opérations qui se pratiquent sur le crâne, sur la face et sur le cou.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique médicale le lundi 8 novembre, à neuf heures et demie, et le continuera tous les lundis et vendredis à la même heure.

Les leçons du lundi seront consacrées à l'étude physiologique et thérapeutique des médicaments, et celles du vendredi au diagnostic.

***

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. le professeur Planchon est nommé pour trois ans, à partir du 1er novembre 1886, directeur de ladite Ecole.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un concours s'ouvrira le 1er avril 1887, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 1er mars inclusivement au secrétariat de l'Académie dans laquelle les candidats résident.

ECOLE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. le professeur Schlagdenhauffen est nommé pour trois ans directeur de ladite Ecole.

M. Jacquemin, ancien directeur, est nommé directeur honoraire.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours public sur les maladies mentales.* — M. le docteur Jules Fabret commencera ce cours le dimanche 7 novembre, à dix heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Les jeudis, à neuf heures, examen clinique des malades.

***

La semaine dernière, a été célébré, au Val-de-Grâce, un

service funèbre en l'honneur des officiers de santé et des officiers d'administration du gouvernement de Paris décédés au Tonkin. Le nombre en est déjà considérable; ce sont MM. Zuber, Lucotte, Raynaud, Bonnet, Gérardin, Claude, médecins militaires; Lepetit, Mathien, Bourdier, Billan, officiers d'administration; l'abbé de Boude, aumônier militaire. Nos lecteurs s'associeront, comme nous, à la pieuse pensée des anciens camarades de ces victimes de la guerre.

***

— Par décision ministérielle en date du 18 octobre 1886, ont reçu les affectations ci-après indiquées :

MM. les médecins principaux de première classe : Mourlon, pour la direction du service de santé du 4e corps d'armée ; Arnuod, pour la direction du service de santé du 9e corps d'armée.

M. le médecin principal de 2e classe Lemardeley, pour l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

MM. les médecins majors de 1re classe : Taquoy, pour le 1er regiment du génie; Palaque, pour le 15e d'infanterie; Pau de Saint-Martin, pour le 24e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de 2e classe : Gouell, pour le 55e d'infanterie; Pozzo di Borgo, pour les hôpitaux de Tunisie; André, pour le 12e chasseurs à cheval ; Lebesgue, pour le 1er tirailleurs algériens ; Legraio, pour le 1er bataillon d'artillerie de forteresse; Stoupy, pour le 18e de chasseurs à pied; de Casabianca, pour le 7e dragons ; Pommay, pour le 9e cuirassiers ; de Tastes, pour le 111e d'infanterie; Arnold, pour le 23e d'infanterie, attaché à la direction du service de santé du 7e corps d'armée ; Langue, pour le 76e d'infanterie; Durget, pour le 9e d'infanterie; Laroque, pour les hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; Achard, pour le 140e d'infanterie ; Favier, pour le 69e d'infanterie; Olivier, pour le 60e d'infanterie ; Gauthier, pour le 4e tirailleurs algériens.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe : Labit, pour le 24e d'infanterie, attaché à la direction du service de santé de 3e corps d'armée; Samier, pour le 33e d'infanterie; Prieur, pour le 125e d'infanterie; Hnrstel, ponr le 12e cuirassiers

MM. les médecins aides-majors de 2e classe : Murie, Carton, Croux, pour les hôpitaux de Tunisie ; Chêne, pour le 100e d'infanterie ; Tricot, pour le 49e d'infanterie.

M. le pharmacien-major de 1re classe Dubois, pour la pharmacie centrale, à Paris.

MM. les pbarmaciens-majors de 2e classe : Haas, pour la réserve des médicaments de Marseille. Lieutard et Trapel, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; Prestat, pour l'hôpital de Bayonne ; Jehl, pour l'hôpital de Rennes ; Rœser, ponr l'hôpital de Bastia.

MM. les pharmaciens aides-majors de 1re classe : Roch, pour l'hôpital du camp de Châlons ; Wagner, pour l'hôpital de Vincennes ; Pecque, pour l'hôpital de Nancy ; Ricard, pour l'hôpital de Toulouse.

— Par décret, en date du 18 octobre 1886, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — M. Massoutié, en remplacement de M. Leplat, retraité. — Désigné pour l'hôpital de Belfort (médecin-chef).

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. Czernicki, en remplacement de M. Massoutié, promu. — Désigné pour l'hôpital de Toulouse.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — M. Baudot, en remplacement de M. Clary, retraité. — Désigné pour le 136e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — M. Perret, en remplacement de M. Bouillon, décédé. — Désigné pour le 61e d'infanterie.

M. Fournot, en remplacement de M. Dorez, décédé. — Désigné pour le 60e d'infanterie.

M. Renard, en remplacement de M. Fromantin, décédé. — Maintenu aux ambulances de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

M. Prieur (H.-J.-L.), en remplacement de M. Bandot, promu. — Désigné pour le 127e d'infanterie.

— Par décret, en date dn 25 octobre 1886, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Bobichon, Dupré, Delcassé, Nollet, Broussolle, Duhamel, Maron, Cassine, Porchaire, Delporte, Pailhès, Bigo, Bastard, Ribbe, Bourgois, Bourdon, Franc, Feuilletaud, Durand et Treille.

***

Légion d'honneur. — M. le professeur Jacques Reverdin, de Genève, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'bonneur. M. Reverdin, qui compte de très nombreux amis dans le corps médical français, a pris une part très active aux travaux des deux premières sessions dn Congrès français de chirurgie.

***

On nous signale, et nous nous empressons d'en informer nos lecteurs, les hauts faits d'un chevalier d'industrie qui exploite les salons ou salles d'attente des docteurs. Cet individu, âgé d'une cinquantaine d'années, se présente muni de cartes de recommandation et fait main basse sur les objets qu'il trouve dans la pièce où il est introduit. Tout récemment il a pris des livres et probablement d'autres objets dans le salon d'un de nos confrères. Que nos lecteurs se tiennent pour avertis.

***

— M. le docteur Depierris met à la disposition de la Société française contre l'abus du tabac : 1o Pour le concours de 1886, un prix de 600 francs, dont une médaille d'or de 100 francs à décerner à l'élève en médecine qui fera la meillenre thèse sur cette question : « La cachexie nicotique »;

2o Pour le concours de 1888, un prix de 1,000 francs, dont une médaille d'or de 100 francs, à décerner à l'auteur du meilleur travail sur cette qnestion : « Effet du tabac snr la santé des gens de lettres; son influence sur l'avenir de la littérature française ».

Le programme détaillé du concours est envoyé gratuitement aux personnes qui en font la demande au président, 38, rue Jacob, Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES POUR LE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885

Grach (Amédée). De la fièvre puerpérale au point de vue étiologique et de son traitement par les antiseptiques. — Fabre (Paul). Des végétations adénoïdes du pharynx nasal. — Lauret (M.-A.) De l'introduction des substances médicamenteuses à travers la peau saine, par l'influence de l'électricité. — Touren (Théophile-Barthélemy). Observation d'nn fibrome généralisé des nerfs de la vie de relation et de la vie organique. — Rocheblave (Jules). Contribution à l'étude du rhumatisme cérébral. — Layré-Dufau (J.-M.). Des divers procédés de vérification des verres à lnnettes. — Boixo. Contribution à l'étude la variole hémorrhagique. — Bergasse (Gaston). Du premier pansement en campagne. — Maquet (L.). Du traitemeot de Lewis Sayre (corset plâtré), dans le mal de Pott. — Coulet (Louis). Essai sur la phthisie tuberculeuse rapide à forme hémoptoïque, — Manoba (E.). Quelques considérations sur l'atrophie du maxillaire supérieur dans l'ataxie locomotrice. — Bonnet (Marius). Etude historique et clinique du carcinome stomacal et de ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. — Alverne (Joseph).

De l'hémostase dans la désarticulation de la hanche. — Lachapelle (G.). Nature et traitement de la pneumonie fibrineuse. — Estorges (Victor). Contribution à l'étude des altérations du cœur droit dans la tuberculose pulmonaire chronique. — Joullié (Puul). Contribution à l'étude de l'érysipèle traumatique. — Du Cliou (Gabriel). Du traitement de la métrite parenchymateuse chronique et en particulier de l'ignipuncture. — Goudet (F.). Etude sur les hémorroïdes et leur traitement. — Lyon (Aristide). Responsabilité et paroxysme passionnel. — Peschaud (Durand). Contribution à l'étude de l'othématome. — Pont (Paul). Quelques considérations sur le cœur des tuberculeux et des cancéreux. — Anselme (Joseph). Contribution à l'étude des pansement absorbants, du sphognum ou feutre végétal..

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 24 AU SAMEDI 30 OCTOBRE 1886

Fièvre typhoïde 23.—Variole 1.— Rougeole 13.— Scarlatine 5. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 27. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 0. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 23. — Phthisie pulmonaire 190.— Autres tuberculoses 21. —Autres affections générales 67. — Malformation et débilité des âges extrêmes 50. — Bronchite aiguë 31. — Pneumonie 53. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 46. — au sein et mixte 24. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 88. — de l'appareil circulatoire 60. — de l'appareil respiratoire 60. — de l'appareil digestif 39 — de l'appareil génito-urinaire 17. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 4 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 29.— Causes non classées 22. — Total de la semaine : 911 décès.

Fournitures de **librairie** *et* **impression** *de mémoires, brochures, etc., etc. — Octave Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon.*

Toute demande de livres édités *personnellement* par M. DOIN, dépassant 30 francs et accompagnée d'un mandat postal ou d'une valeur sur Paris, sera servie franche de port, partout où parviennent les colis postaux, avec une remise de 15 0/0 sur les prix marqués.—Sur tous les autres ouvrages scientifiques ou littéraires publiés par les autres éditeurs, la remise ne serait que de 10 0/0 et l'envoi franc de port.— Sur les demandes inférieures à 30 francs, ou sur les ouvrages expédiés par la poste, aucune remise ne peut être accordée.

Pour les impressions : Les conditions seront à débattre préalablement avec M. Doin, qui fournira des devis et traitera à forfait.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 46 13 NOVEMBRE 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA CONGESTION RÉNALE PRIMITIVE ET DE SA PATHOGÉNIE, par M. ALBERT ROBIN, médecin de l'hospice des Ménages.

I

Dans une précédente communication, j'ai essayé d'individualiser la congestion rénale primitive et de tracer son histoire clinique. J'apporte aujourd'hui deux faits nouveaux qui me permettront de préciser sa pathogénie.

Le froid, ou plutôt le refroidissement subit, paraît dominer toute l'*étiologie* de la congestion rénale ; viennent ensuite les efforts musculaires et le surmenage ; enfin une observation de M. le professeur J. Renaut tendrait à prouver qu'elle peut être primitivement d'origine infectieuse.

Chez tous mes malades, l'urine renfermait de nombreux microcoques, mais je ne me reconnais pas le droit de décider s'ils furent cause ou effet, quoique j'aie vu des cylindres urinaires littéralement farcis de ces microbes.

Le refroidissement restant donc la cause le plus souvent et le plus incontestablement rencontrée, nous devons nous rendre compte de son *mode d'action pathogénique* ?

L'hypothèse la plus plausible que l'on puisse adopter est celle d'une *fluxion réflexe*. D'un côté, en effet, la physiologie a démontré toute l'influence des troubles de l'innervation vaso-motrice et des actions névrotrophiques sur les troubles de fonctionnement et de nutrition du rein, et d'un autre côté, de nombreuses expériences ont mis en relief l'action du froid comme cause d'albuminurie. Quand la peau se refroidit brusquement, l'antagonisme qui existe entre les vaso-moteurs cutanés et viscéraux a pour effet une sorte de fluxion compensatrice qui porte tout spécialement son action sur le rein. Goodfellow, Frerichs et M. Jaccoud, ont reconnu depuis longtemps cette influence des actions réflexes vaso-motrices sur la production de l'albuminurie.

Retenons donc ce premier point, que le refroidissement périphérique peut produire une fluxion réflexe du côté du rein.

Mais comment agit cette fluxion subite, et par quel mécanisme se produisent les symptômes généraux qui la suivent ? Todd admettait que les sécrétions cutanées étaient interrompues par le refroidissement de la peau et que les produits organiques qui devaient s'éliminer par cette voie, prenaient la route du rein qu'ils irritaient au passage. Je suis en mesure de donner une explication bien préférable, car l'hypothèse de Todd, si séduisante qu'elle soit, n'est qu'une vue de l'esprit, tandis que la mienne s'appuie sur des faits.

Si le rein se congestionnait et s'irritait au passage des produits sudoraux non éliminés, on devrait trouver ces produits dans l'urine. Je puis pourtant assurer qu'il n'en est rien, puisque, au début de la maladie, la quantité de l'urine et la somme des déchets éliminés subissent une brusque et notable diminution. Je vais en montrer la preuve.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite. — Voir les numéros 27, 29 et 44.

XIII. M. A. Corradi n'a pas l'érudition sèche des érudits de profession. Cette érudition, si impeccable soit-elle, se présente sous une forme très personnelle et qui marche d'une allure toute spéciale. Le style est d'une franche aisance, familier sans bassesse, critiquant sans amertume et relevant sans aigreur les erreurs commises par tel ou tel. Conservant sa bonne humeur là où le premier érudit venu se montrerait agacé et lèverait sa férule, M. Corradi fait justice des légèretés de quelques écrivains avec tant de bonne grâce que les inculpés ne sauraient lui garder rancune. Ce n'est pas une qualité si commune que d'avoir l'érudition si aimable ! Et cependant, s'il est un homme qui pourrait se montrer sévère en face des audacieux qui font de l'érudition de contrebande, ce serait bien celui qui possède les plus vastes connaissances et les plus solidement assises.

Que l'on parcoure sa brochure sur l'Histoire des maladies vénériennes en Italie (1) au XVIe siècle, aussi bien que son Etude sur le Gayac (2), et les traitements dépuratifs à la même époque, ou encore ses Documents historiques sur la médecine, la chirurgie et la pharmacie du XVe siècle (3), qui jettent un si grand jour sur la maladie de Lucrèce Borgia; qu'on lise sa notice sur la Bibliothèque d'un médecin des Marches au XIVe siècle (4), bibliothèque de 50 volumes, chiffre énorme à cette date ; ou son Etude critique sur Bouillaud et le ralentissement du pouls dans l'ictère apyrétique (5), ralentissement signalé déjà par Galien, ou encore sa note sur un

(1) Milan. Fratelli Rechiedei, in-8 de 100 pages.

(2) Ibid. Id., in-8 de 36 pages.

(3) « Su i documenti storici spettanti alla medicina, chirurgia, farmaceutica, conservati nell'Archivio di stato in modena, etc. », in-8 de 72 pages, 1885.

(4) Ext. des *Annali univ. di medicini*, 1885.

(5) Milan. In-8 de 36 pages (Ext. des *Annali universali di medicini*).

Un petit garçon de cinq ans, n'ayant jamais été malade, se met à tousser le 21 avril; on remarque aussi que son urine est plus foncée qu'à l'ordinaire, et l'on m'annonce en même temps que l'enfant a été très mouillé la veille par une averse subite. L'urine renfermait des traces d'albumine, et la quantité des vingt-quatre heures fournit à l'analyse les résultats suivants :

		gr.
Matériaux	solides	14.99
—	organiques	11.68
—	inorganiques	3.31

Le lendemain, l'albumine a doublé; l'urine, tout à fait sanglante, laisse déposer un sédiment brun formé de globules rouges et blancs et de cylindres. L'analyse donne :

		gr.
Matériaux	solides	9.45
—	organiques	6.03
—	inorganiques	3.42

Le surlendemain, l'état général est parfait; l'albumine a sensiblement diminué. L'urine est brune, mais moins sanguinolente; elle renferme :

		gr.
Matériaux	solides	27.18
—	organiques	22.11
—	inorganiques	5.07

Au bout de huit jours, l'albumine avait disparu. Il s'agissait sans nul doute d'un cas type de congestion rénale primitive dans lequel la fluxion avait été complètement réalisée dès le deuxième jour.

Remarquons maintenant que c'est justement ce deuxième jour qui fournit la plus faible élimination de matériaux solides; que l'amélioration qui débute le quatrième jour coïncide avec une forte décharge de matériaux organiques, et nous aurons les éléments nécessaires pour résoudre le problème pathogénique.

L'action du froid sur la peau, et la fluxion rénale réflexe, constituent le *premier* acte morbide. Le rein congestionné ou fluxionné devient momentanément insuffisant, le départ des déchets de la vie est entravé; l'urée, les extractifs et les leucomaïnes qui proviennent du jeu des fonctions organiques et dont la genèse est probablement influencée par la mise en activité du réflexe cutané, sont retenus dans les plasmas, et cette rétention forme le *deuxième acte* morbide. La réaction de l'organisme devant ces déchets retenus dépend de deux conditions : d'abord leur quantité et leur qualité, ensuite la durée de leur séjour. A la faible quantité, à la qualité normale, à la courte rétention, correspond la *fièvre dite commune* de la congestion rénale, qui se juge par une décharge rapide.

A la quantité plus grande, à la qualité plus nocive, à la plus longue rétention, correspond la *forme typhoïde;* et l'on retrouve ici les notions que j'ai exposées à propos de la dothiénentérie sur les conditions génératrices de l'état typhoïde. Voilà les deux éventualités du *troisième acte* morbide.

Ces trois grandes étapes pathogéniques demanderaient à être analysées dans leurs détails, car elles sous-entendent un certain nombre de points d'une réelle importance. C'est ainsi que l'influence du réflexe cutané sur la désassimilation, l'effet produit sur celle-ci par la rétention des déchets, sont autant de faits qui ne sauraient être passés sous silence, et dont la chimie des échanges, — chiffre élevé de l'urée, phosphaturie temporaire, pertes en potasse et en soufre, — montrent toute la valeur.

Au point de vue des troubles de la nutrition, la congestion rénale primitive a donc tout à fait les allures d'une *maladie générale*, mais d'une maladie générale en quelque sorte secondaire au retard que produit dans les éliminations rénales l'acte initial de la fluxion rénale, et dont le principal terme est une auto-intoxication par rétention, suivie d'une décharge plus ou moins rapide.

II

Jusqu'à présent, je n'ai eu en vue que les formes simple et typhoïde de la congestion rénale terminée par la guérison; il me reste maintenant à rapporter trois éventualités particulières de cette maladie, qui viennent confirmer les vues que je viens d'exposer.

1° Si la congestion rénale dure plus longtemps qu'il ne convient, les éliminations se trouvent retardées, des œdèmes compensateurs se produisent.

L'albuminurie persiste, et ce qui n'était dans les éléments cellulaires du rein qu'un trouble fonctionnel peut devenir une altération matérielle, néphrite catarrhale ou mal de Bright aigu.

---

précurseur de Pasteur, sur Eusebio Valli (1); qu'on prenne enfin connaissance du mémoire lu à l'Institut Lombard des sciences et des lettres, le 15 avril dernier, sous ce titre : *Des expériences toxicologiques faites sur l'homme au* XVI*e siècle*, et l'on n'aura pas de peine à reconnaître les immenses services que le professeur A. Corradi a rendus déjà et pourra rendre encore à l'histoire de la médecine.

N'oublions pas que les travaux que nous venons de signaler ont tous paru depuis moins de deux ans; le professeur de Pavie, on le voit, est infatigable, et nous sommes en droit d'espérer et d'attendre beaucoup d'un pareil travailleur.

XIV. Sous le titre « Indiscrétions contemporaines », un de nos plus spirituels confrères nous a donné un avant-goût des *Mémoires* qu'il a écrits sur les hommes et les choses de ce temps (2). Déjà, en 1868, l'auteur de ce volume, sous le même pseudonyme, Joseph d'Arçay, avait publié un petit livre des plus curieux sur la salle à manger du docteur Véron. Cet opuscule forme aujourd'hui la première partie du volume actuel, qui contient bien d'autres choses. Je me contenterai de signaler comme un des plus intéressants le chapitre intitulé : « *Les journalistes d'autrefois* », où nous assistons avec un homme qui fut successivement rédacteur du NATIONAL sous Armand Carrel, et de la QUOTIDIENNE avec Michaud, Laurentie, etc., à la confection des journaux politiques sous le gouvernement de juillet; en même temps que nous voyons de près et parfois dans leurs détails les plus intimes, les façons de vivre, les allures, les relations des grands journalistes de cette époque. Rien n'est plus attachant que de lire ces écrits d'un homme.

« Qui mores hominum multorum vidit... »,

et qui se souvient, et qui sait reproduire, étaler en quelque sorte avec le plus grand art les plus précieux de ses souvenirs.

Puis viennent quelques chapitres de critique littéraire, et enfin, sous le titre *Varia*, une série d'articles parus tant dans le FIGARO que dans le PARIS-JOURNAL, sur la REVUE DES DEUX-MONDES, sur

(1) Il a été déjà question d'Eusebio Valli dans la GAZETTE MÉDICALE. Voir le Feuilleton du docteur Somans du 26 juin 1886.

(2) Paris, Calman-Lévy. Un vol. in-12, 1885 Une première édition, tirée à petit nombre, avait paru en 1883 chez Ed. Rouveyre et G. Blond.

2° Si la quantité des déchets retenus est considérable, si surtout les actes réflexes ont amené des destructions organiques très intenses, il ne suffira pas d'une décharge pour juger la maladie, mais pendant plusieurs jours le rein sera traversé par de grandes quantités de déchets qui l'irriteront au passage et provoqueront un retour ou une augmentation passagère de l'albuminurie.

3° Supposons enfin que cette congestion rénale survienne chez un individu dont le rein n'était pas auparavant dans un état d'intégrité absolue, les symptômes dus à la rétention, ou pour mieux dire, l'auto-intoxication, prendront de suite une gravité de premier ordre, et le malade pourra succomber.

Jusqu'à présent, je ne connais pas d'exemple de la première éventualité, qui reste théoriquement possible.

La deuxième s'est plusieurs fois rencontrée dans mes observations, sans exercer pourtant d'influence bien marquée sur la durée ou la gravité de la maladie.

Quant à la troisième, j'ai eu dernièrement l'occasion d'en voir un exemple extrêmement significatif, que je vais rapporter en raison de son importance toute spéciale, et sur lequel j'insisterai particulièrement.

Il s'agit d'un cas de congestion rénale à forme typhoïde frappant brusquement un individu dont le rein présentait des lésions anciennes, mais latentes, qui s'est terminé par la mort et dont j'ai pu pratiquer l'autopsie.

Un vieillard de soixante-quatorze ans, ayant exercé jadis la profession de mécanicien, se plaint le 9 juin d'avoir une certaine difficulté à uriner. J'examine l'urine qu'il m'a apportée; elle est claire, sans dépôt, et ne renferme ni albumine ni sucre. Le vieillard, d'ailleurs, se porte aussi bien que possible. Deux fois déjà, depuis six mois, j'ai eu l'occasion de lui donner des soins, d'abord pour une bronchite légère qui le tint trois jours au lit, puis pour une constipation opiniâtre. Chaque fois, son urine fut examinée sans qu'on y constatât rien d'anormal. Je supposai, après avoir pratiqué le toucher rectal, que cette difficulté de la miction tenait à une hypertrophie de la prostate, et je me bornai à conseiller des bains tièdes.

Après trois bains, tout rentra dans l'ordre, et, jusqu'au 23 juin, la santé fut parfaite.

Dans la journée du 24, après une promenade assez longue qui avait provoqué une sueur abondante, il se sentit glacé par un courant d'air froid et rentra tout frissonnant dans sa chambre. Deux heures après, il éprouvait un violent frisson, une douleur siégeant dans les reins, surtout du côté gauche, assez vive pour gêner la respiration. Le lendemain matin, il avait de la fièvre, un grand malaise, et une toux sèche qui retentissait douloureusement dans les reins; un médecin du voisinage qu'on fit appeler aussitôt, crut à une bronchite au début et ordonna une potion calmante.

Quatre jours après, dans la soirée du 28, comme aucune amélioration ne s'était produite, le malade se décida à entrer à l'Infirmerie des Ménages.

Quand je l'examinai le lendemain matin, il me frappa par son extrême abattement et même par l'apparence de stupeur qu'il présentait.

La langue était sèche et noirâtre comme celle d'un typhique, la soif ardente, mais le ventre était souple, non douloureux, sans gargouillement iliaque. Ni diarrhée, ni constipation.

La rate était très volumineuse, le foie débordait les fausses côtes d'un travers de doigt.

La respiration était fréquente, anxieuse, coupée à de rares intervalles par une toux très grasse. A l'auscultation, on ne trouvait que quelques râles muqueux aux deux bases: l'expectoration était difficile et visqueuse, sans autres caractères.

Les battements du cœur étaient réguliers, les bruits bien frappés, sans souffle. Le pouls était fréquent et petit. La température à 37°,7.

Je pensai d'abord à une de ces pneumonies de la vieillesse qui évoluent d'une manière si insidieuse, sans fièvre, sans expectoration caractéristique, sans signes locaux, sans phénomènes d'auscultation; et la dyspnée, l'état de la langue, la légère détermination trouvée aux bases des poumons, formaient autant de signes positifs, auxquels ce mode si caractéristique du début par un frisson violent venait ajouter son poids. Comme un examen plus attentif me fit découvrir un groupe de vésicules d'herpès dans l'intérieur et au-dessous de la narine droite, le diagnostic pneumonie trouva dans ce symptôme un nouvel appui.

L'idée d'une fièvre typhoïde me vint aussi à l'esprit, tant était marquée la stupeur, et surtout à cause de cette grosse rate que nous venions de découvrir. Mais l'âge du malade, le début de son affection, l'absence de toute douleur abdominale

---

les variations du Journal des Débats, et sur certaines figures disparues aujourd'hui, etc., etc. Ecrit d'un style facile, par un homme qui a beaucoup vu et sait raconter, ce volume, rempli d'anecdotes, est bien fait pour nous donner le désir de lire *in extenso* les mémoires dont ces pages ne sont que des fragments.

XV. Nous ne nous écarterons pas autant qu'il semblerait au premier abord du livre de M. Joseph d'Arçay, en passant, sans autre transition, au gracieux petit volume que vient de publier le docteur Bonnet de Malherbe, « ancien inspecteur des eaux de Néris », sous ce simple titre : *Souvenirs de Néris* (1). Ici encore, nous trouvons en quelque sorte de l'autobiographie, des pages vécues, et dont quelques-unes, comme la vie elle-même, ne sont pas sans amertume. Nous en prenons à témoin le premier chapitre sur la Politique et la médecine des eaux, « simple discours par un médecin inspecteur révoqué ». Mais quelle verve, quelle malice, et, au demeurant, quel charme pour le lecteur désintéressé que cette histoire qui nous montre les manœuvres en dessous des metteurs en scène de notre administration actuelle, manœuvres bien misérables, en somme, et dont la victime se venge avec beaucoup d'esprit!

A la suite de ces pages qui sont de la bonne polémique, nous trouvons traitées avec compétence des questions d'intérêt local : réformes, améliorations balnéaires, critique théâtrale même à propos des artistes du Casino. Et tout cela se lit bien, avec agrément, car M. Bonnet de Malherbe sait très gaillardement tenir la plume, et justifie parfaitement les vers de La Fontaine :

« Quiconque a beaucoup vu
Doit avoir beaucoup retenu. »

Mais il ne suffit pas de retenir; notre spirituel confrère le sait, et il fait partager à ses lecteurs ses impressions, ses désirs, ses sentiments, ses impatiences et parfois même ses haines contre la bassesse et la médiocrité. Ici et là un mot piquant, qui tantôt ne fait qu'effleurer l'épiderme, et d'autres fois pénètre et fait crier. En somme, on ne peut que remercier M. Bonnet de Malherbe, qui, en quittant pour l'extrême Orient notre hémisphère occidental si rem-

(1) In-12 de 160 pages. Montluçon, imprimerie A. Herbin, 1886.

et de diarrhée, etc., laissaient peu de place à cette hypothèse.

Nous allions donc nous en tenir an diagnostic de pneumonie, quand mon attention fut attirée par la teinte bistrée de la peau de notre malade. Et cette teinte me frappa d'autant plus que, dans les précédentes visites, cet homme n'avait rien présenté de pareil. Aussitôt, je pensai à la possibilité d'une congestion rénale, et j'explorai la région lombaire qui était fort douloureuse à la pression. C'est alors que le malade me dit que son affection avait débuté par une violente douleur des reins qui l'empêchait presque de se pencher en avant. Cette douleur avait certainement diminué, en ce sens qu'elle n'était plus spontanée, ou plutôt, qu'elle ne se traduisait plus que par une sensation de lourdeur et de tension; mais chaque mouvement, chaque pression, la réveillait assez vite; et même, lorsqu'on déprimait fortement l'abdomen au niveau des flancs, au-dessous des fausses côtes, on produisait une certaine douleur.

L'examen de l'urine me donna immédiatement la confirmation de mon diagnostic. Elle était brunâtre, avec des reflets rouges, très tronble, avec une odeur fade, une réaction acide, et un dépôt floconneux assez abondant, de couleur brune, dans lequel l'examen microscopique révéla des globules blancs et rouges et des cylindres épithéliaux. Par l'acide nitrique et par la chalenr, on décela une quantité très sensible d'albumine.

Comme la fièvre était tombée, que la douleur lombaire spontanée avait diminué, que l'albumine était fort peu abondante, je me basardai à porter un pronostic plutôt favorable; en me fondant sur les cas analogues de congestion rénale à forme typhoïde, survenus chez des adultes ou chez des enfants qui, toujours, s'étaient terminés par la guérison. Vous allez voir que l'événement devait tristement déjouer mes prévisions.

Le traitement ordonné fut le régime lacté absolu, avec une potion de Todd, renfermant 40 gr. de cognac.

Le 30, j'apprends que le malade a eu, dans la soirée de la veille, un nouveau frisson assez violent. Il est encore plus abattu, sa langue est sèche, fuligineuse; le pouls s'est sensiblement ralenti et ne bat plus qu'à 70. Il y a eu, dans la nuit, une selle diarrbéique. L'aspect général est absolument celui d'un typhique.

Le 1er juillet, c'est encore la stupeur qni domine; le pouls est remonté à 100, les températures du matin et du soir sont à 37°,7—38°,2. La douleur lombaire persiste, quoique atténuée.

Le 2, rien de nonveau dans la matinée; la température est à 36°,8 et le pouls à 80; mais vers le soir, elle s'élève à 40°,4, et l'abattement fait place à un subdélirium qui dure toute la nuit.

Le 3, le malade murmure des paroles sans suite; il refuse tout liquide, sa langue est sèche comme du bois. On a beaucoup de peine à recueillir ses urines qu'il laisse perdre sous lui. Les températuree sont à 38,7–37°,2.

Le 4, l'aggravation est considérable; la température est tombée à 36°,7; tout espoir paraît perdu. La mort survient dans le collapsus à 8 beures du soir.

Dans la description qui précède, j'ai omis à dessein de parler de l'*état des urines*, qui ont été analysées chaque jour, et dont les caractères principaux sont réunis ci-dessous:

	Matériaux solidee.	Urée.
30 juin	35 gr. 56	15 88
1er juillet	18 » 14	10 27
2 —	15 » 44	10 11
3 —	19 » 65	10 14
4 —	18 » 87	9 42

Les trois dominantes de mes analyses eont: la faible quantité des matériaux eolides et de l'urée, et l'abaissement des principes salins (1).

Ce sont là des caractères tout à fait exceptionnels et bien différents de ceux qu'on observe dans la congestion rénale qui guérit. Dans cette dernière, les éliminations, très diminuées au début de la maladie, augmentent tout à coup dans d'énormes proportions et se continuent à ce taux élevé jusqu'à dépuration totale de l'organisme; ici, au contraire, la diminution est progressive, et ce retard des éliminations coïncide avec une aggravation croissante des symptômes, comme tout à l'heure dans la congestion rénale simple, les décharges s'accompagnent d'une amélioration parallèle.

L'urologie nous donne donc la clef de tout ce que l'évolution clinique de la congestion rénale renferme de mystérieux,

(1) On trouvera le détail des analyses dans mes Leçons sur la Congestion rénale (*Leçons de clinique et de thérapeutique médicale*. G. MASSON. Paris 1886).

pli d'ingrats, a eu l'attention de nous laisser en mémoire de lui et du temps qu'il a passé aux thermes de Néris ce joli recueil de *souvenirs*.

XVI. Je ne sais à quel titre je viens de recevoir une brochure signée de deux noms: 1° celui du docteur Chazarain, *ancien médecin des hôpitaux civils de Sainte-Marie-de Bathurst (Sénégambie), lauréat de l'Académie de médecine*; 2° celui de M. Ch. Dècle, *membre de l'Association pour l'avancement des sciences*. Me considérant comme tout à fait incompétent à juger une œuvre qui n'est pas de mon ressort, je me contenterai, persuadé que cela suffira à remplir aussi consciencieusement que possible la tâche qui m'est dévolue, je vais me contenter, dis-je, de reproduire exactement le titre du travail. Ce titre, le voici: *Découverte de la polarité humaine ou démonstration expérimentale des lois suivant lesquelles l'application des aimants, de l'électricité et les actions manuelles ou analogues du corps humain déterminent l'état hypnotique et l'ordre de succession de ses trois phases; provoquent, transfèrent, résolvent les contractures, les anesthésies et les hyperesthésies ou s'opposent à leur réalisation quand elles sont suggérées; augmentent ou diminuent la force de pression dynamométrique; produisent l'attraction ou la répulsion, etc., etc.* (1) Mes lecteurs, je l'espère, me dispenseront d'en dire plus long que le titre que je viens de transcrire. Les auteurs se sont, me paraît-il, suffisamment chargés d'exposer et d'étaler ce que leur brochure contient.

Mais cette brochure doit avoir une suite, et je m'empresse de l'annoncer au monde savant: « Dans un prochain travail, disent MM. Chazarain et Dècle, nous donnerons la suite des expériences qui nous ont conduits à reconnaître d'une manière positive que la polarité bumaine n'est pas seulement actionnée par les pôles de l'aimant, de la pile et de l'organisme humain, mais encore par les végétaux, les minéraux (particulièrement par les métaux), la lumière colorée, etc. Cette connaissance permettra peut-être d'expliquer les succès et les insuccès de la métallothérapie qui pourrait bien n'être qu'une forme de magnétothérapie.

« Mais nous pouvons déjà dire que les animaux et les végétaux sont bipolaires comme l'homme, l'aimant et la pile; que les miné-

(1) Broch. grand in-8 de 32 pages. Paris, 1886, O. Doin, édit.

et cette discordance entre les analyses chimiques de l'urine dans les cas qui guérissent et dans celui qui s'est terminé par la mort, est le meilleur argument que je puisse fournir en faveur de l'exactitude des vues pathogéniques que je viens d'exposer.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Cancer de l'utérus chez une multipare enceinte de six mois. — Épaule transformée en siège par la version combinée. — Accouchement spontané. — Suites de couches normales.—Hystérectomie vaginale totale vingt-quatre jours après l'accouchement. — Guérison. — Observation recueillie par M. Berthon, interne à la Maternité.

La nommée Lec..., femme D..., 35 ans, multipare, est entrée le 25 juin 1886 à l'hospice de la Maternité.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 13 ans, tous les mois pendant six jours, elle a toujours joui d'une bonne santé, a eu quatre enfants vivants, dont deux garçons et deux filles, et un avortement de deux mois dans l'intervalle.

Ses dernières règles ont eu lieu du 12 au 20 décembre; sa grossesse fut assez bien supportée. Dès le début de sa grossesse, elle perdait de l'eau rousse et depuis, de temps en temps, un peu de sang. A la fin de juin, elle eut même une perte assez considérable pour laquelle elle fit demander un médecin. Celui-ci croyant être en présence d'une hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, lui appliqua un tampon qu'il laissa vingt-quatre heures. Après l'ablation du tampon et malgré des injections au perchlorure de fer, la malade recommença à perdre et se décida à entrer à la Maternité.

Etat actuel. — Femme robuste, de bonne constitution, mais pâle, anémiée; les conjonctives sont presque entièrement décolorées.

Etat général cependant assez bon. La malade mange, quoique avec peu d'appétit.

L'utérus est développé comme pour une grossesse de six mois et n'atteint pas tout à fait l'ombilic. Au palper, il est difficile d'apprécier la situation du fœtus

Les bruits du cœur fœtal s'entendent un peu au-dessous de l'ombilic et presque sur la ligne médiane.

Au toucher, on sent le col mou profondément découpé en plusieurs points, mais présentant au niveau de la lèvre postérieure et à droite comme une véritable tumeur indépendante, fongueuse et saignante, presque pédiculée, tant et si bien, que n'était la consistance ligneuse du col, on pourrait croire à un polype. Le tissu cellulaire du paramètre est libre et l'utérus paraît avoir conservé toute sa mobilité. Un seul gros ganglion inguinal à gauche; pas de signes de généralisation du côté du foie ou de l'estomac. Pas d'albumine dans les urines.

La malade perd un peu de sang d'odeur fétide.

Le diagnostic porté est : grossesse de six mois environ avec coïncidence de cancer de l'utérus, dont le début remonte vraisemblablement au commencement de la grossesse et qui a envahi surtout la lèvre postérieure du col.

La malade est alors mise en observation; elle devra garder le repos au lit et prendra toutes les demi-heures une injection chaude (50°) avec la liqueur de Van Swieten dédoublée.

Apparition des premières douleurs le 3 juillet à midi; les membranes se rompaient spontanément à six heures et demie et à sept heures un quart D... accouchait, au terme de six mois environ, d'un enfant dont la présentation première en C. I. G. D. A. fut changée en un siège, grâce à la version combinée.

Cet enfant, du sexe féminin, pesait 1120 grammes; il fit quelques inspirations et mourut.

L'autopsie en fut faite et ne présenta rien de particulier à rappeler ici.

Le placenta en raquette n'offrait d'ailleurs, au point de vue de sa configuration ou de sa structure, rien que de normal.

Pendant l'accouchement et après la délivrance, la femme perdit du sang, mais pas plus que d'ordinaire. Les soins antiseptiques habituels furent pris à son égard et les suites de couches furent bonnes, malgré une élévation momentanée de la température le deuxième jour, jusqu'à 40°. La malade se rétablit vite, et dix jours après son accouchement, elle quittait la Maternité, promettant de revenir pour se faire opérer de son cancer.

Elle rentrait effectivement le 21 juillet. L'utérus était encore volumineux, au-dessus du pubis, l'involution n'étant

raux (et nous comprenons sous cette dénomination non seulement les corps simples et les composés qu'ils forment entre eux, mais encore les acides, les alcaloïdes et les sels d'origine organique) sont unipolaires quand ils se présentent à l'état pulvérulent et deviennent bipolaires sous forme allongée, l'une de leurs extrémités étant positive et l'autre négative; qu'enfin les lumières rouges ou vertes sont positives et les lumières jaunes ou bleues négatives. »

La connaissance des lois de la polarité, ajouterons-nous avec les deux signataires de la brochure, sera, nous le croyons, d'une importance considérable pour plusieurs branches de la thérapeutique. Et nous espérons, comme eux, qu'elle rendra tout au moins rationnelles les applications si nombreuses de l'aimant et de l'électricité qui, jusqu'ici, n'ont pu être qu'empiriques.

Nous entrevoyons donc un nouvel âge d'or :

« Magnus ab integro sæclorum nascitur ordo (1). »

Et nous sommes à l'avance tout radieux et tout réjouis des merveilles qu'on nous promet.

(A suivre). D' Albertus.

(1) Virgile, *Bucol.*, *Eclog.* IV, v. 5.

* * *

— Par décret, en date du 25 octobre 1886, ont été nommés, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, les médecins de l'armée active dont les noms suivent, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878 :

Au grade de médecin principal de première classe.—M. Leplat.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Clary et Bleicher.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Clos et Vacher.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe.—M. Debeaux.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Delcusse.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe.—M. Rousselet, pharmacien-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

pas terminée. Néanmoins, M. Bouilly, ayant examiné de nouveau avec le plus grand soin la malade, et ayant constaté que le néoplasme avait empiété un peu sur la lèvre antérieure, crut prudent de ne pas différer longtempe l'intervention et proposa à la malade l'hystérectomie totale, qu'elle accepta.

Cette opération, hystérectomie totale par la voie vaginale, fut pratiquée le 27 juillet, c'est-à-dire vingt-quatre jours après l'acconchement. Suivant le procédé habituel, M. Bouilly, après avoir circonscrit le col par une incision circa-vaginale convenable, décollé la vessie et libéré complétement l'utérus, porta une de ses grandes pinces sur le ligament large gauche, qu'il sectionna en dedans de la pince, puis, celui-ci coupé, l'utérus fut abaissé, entraînant avec lui l'ovaire du côté droit. Le ligament large du côté droit, très faible, se déchira. Une pince fut appliquée sur lui, pince qui fût bientôt remplacée par une simple ligature en soie, à cause du peu d'épaisseur des parties molles qui restait à ce niveau.

L'opération, exécutée avec les soins de propreté les plus rigoureux et l'antisepsie vaginale la plus complète, fut terminée en une heure un quart. La malade à son cours perdit une assez grande quantité de sang, en rapport avec l'état quasi-congestif d'un utérus gravide dont l'involution n'était pas encore terminée.

Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Les suites en furent ordinaires. Quarante-huit heures après l'opération, la pince du ligament large gauche, laissée à demeure par M. Bouilly, est retirée. Nouveau pansement à la gaze iodoformée.

Mais, le douzième jour après son opération, cette malade se plaignit de douleur dans l'aine gauche et dans la cuisse. Trois jours après, il existait une phlegmatia des plus nettes dont le développement s'était fait de haut en bas. A cause de cette phlegmatia, la température atteignit 39°, et même, le soir du dix-septième jour, 39°,5, mais retomba bientôt, dès le vingtième jour, à 38°, et cela n'eut d'autre inconvénient, en fin de compte, que de prolonger d'un mois le séjour de la patiente à l'hôpital, dont elle sortit le 10 octobre parfaitement guérie. Le vagin clos, en forme de bourse, par une cicatrice qui donne au toucher l'illusion du col obstrué, ne présente nulle part trace d'induration ou d'ulcération de récidive.

L'utérus de la femme D..., que j'ai sous les yeux en ce moment, est envahi par le cancer (épithélioma pavimenteux) dans toute l'étendue du col et surtout au niveau de la face postérieure de celui-ci. Le corps utérin est sain, ainsi que l'ovaire droit, qui a été enlevé en même temps que la matrice.

11 octobre. — D... vient de passer trois semaines à la campagne: l'état général est bon, meilleur; elle a de l'appétit et reprend de jour en jour davantage.

Comme état local, miction légèrement douloureuse; cicatrice froncée à l'extrémité du vagin, légèrement indurée cependant au niveau de la base de la vessie.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

I. L'antipyrine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par MM. Fraenkel et P. Guttmann (*Deut. Medizinal-Zeitung*, 1886, no 86, p. 960). — II. L'antifebrine, un nouveau médicament antithermique, par Cahn et Hepp (*Centralblatt für klin. Medicin.*, 1886, no 33). — Idem, par Fraenkel (*loc. cit.*, p. 961).

I. Peu de temps après l'introduction de l'antipyrine en thérapeutique, M. Alexander expérimenta ce médicament dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu à l'hôpital de Breslau. Ces expériences ont porté sur 8 malades, dont 6 furent guéris assez rapidement; chez un autre, l'administration de l'antipyrine fit tomber la fièvre, sans modifier les manifestations articulaires du rhumatisme. Chez le huitième, enfin, la douleur et la tuméfaction articulaires ont diminué sous l'influence de l'antipyrine; puis survint une nouvelle poussée aiguë, contre laquelle l'administration de l'antipyrine échoua totalement. En outre, cette seconde attaque de rhumatisme se compliqua d'une lésion valvulaire du cœur. Ces résultats n'étaient pas de nature à faire admettre que l'antipyrine est douée d'une action spécifique par rapport au rhumatisme articulaire aigu.

C'est pourtant la conclusion à laquelle s'est arrêté M. Lenhartz, conclusions basées sur les expériences faites avec l'antipyrine dans un des hôpitaux de Berlin. Nous avons analysé le travail de M. Lenhartz à cette place (no 35, 1886), nous n'y reviendrons pas.

Un autre médecin de Berlin, M. Neumann, a publié les résultats obtenus à l'hôpital Moabit, dans 24 cas de rhumatisme articulaire aigu. Résultats : succès complet dans 6 cas; fréquence relativement grande des récidives; effets accessoires du médicament peu marqués. Ainsi que Lenhartz, Neumann est d'avis que l'antipyrine est douée d'une grande efficacité contre le rhumatisme articulaire aigu, que ce médicament supplée dans certaines circonstances l'acide salicylique.

M. Fraenkel a traité par l'antipyrine, du 1er octobre 1885 jusqu'au 1er mai 1886, 34 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu et admis dans le service de l'une des cliniques médicales de Berlin. Il a déduit de ses observations des réponses aux questions suivantes :

1o *L'antipyrine est-elle réellement un spécifique contre le rhumatisme articulaire aigu?* A cette question, Fraenkel croit devoir répondre par l'affirmative. Il décompose ses observations en deux groupes : les cas bénins, caractérisés par une fièvre modérée (température au-dessous de 39o) avec endolorissement des jointures affectées, mais sans grande rougeur, ni tuméfaction; les cas graves. Dans 9 cas sur 13, du premier groupe; dans 4 cas sur 21, du second groupe, l'administration de l'antipyrine a procuré une guérison rapide. Un assez grand nombre de ces cas concernaient des malades chez qui le début de la fièvre et l'affection articulaire remontait assez loin avant l'entrée à l'hôpital. Ainsi, un des malades, un jeune homme de 16 ans, était retenu au lit depuis huit semaines par un rhumatisme du poignet gauche; il guérit en l'espace de quarante-huit heures, après avoir absorbé 10 gr. d'antipyrine;

2o *Quels avantages offre l'antipyrine sur les autres médicaments réputés spécifiques contre le rhumatisme articulaire aigu et en particulier sur l'acide salicylique?* Ces avantages consistent dans la facilité avec laquelle s'administre l'antipyrine : solution contenant 10 grammes d'antipyrine pour 150 gr. d'eau de menthe poivrée, sans autre correctif, — cinq cuillerées à bouche dans le courant de la journée, espacées de trois heures en trois heures. Pendant chacun des six jours qui sui-

vent, on continue de faire prendre au malade 5 grammes d'antipyrine, de sorte qu'il prend en tout de 25 à 30 grammes du médicament. La défervescence coïncide avec une abondante diaphorèse. Une fois seulement, il est arrivé que l'ingestion de l'antipyrine occasionnât des vomissements. Dans deux cas, il fallut suspendre la médication, par suite de l'apparition d'un exanthème aux caractères bien connus. A part cela, Fraenkel n'a jamais rien observé qui ressemblât aux accidents qu'entraîne assez souvent l'administration de l'acide salicylique.

3° *L'antipyrine est-elle à même de remplacer les autres médicaments réputés spécifiques contre le rhumatisme articulaire aigu et en particulier l'acide salicylique?* Réponse négative. L'antipyrine échoue dans des cas où l'acide salicylique se montre efficace (et réciproquement), éventualité relativement rare. Ce qui est plus fréquent, c'est de voir les récidives survenir chez les rhumatisants traités par l'antipyrine.

4° *Existe-t-il des contre-indications à l'emploi de l'antipyrine, propres à faire proscrire l'administration de ce médicament dans un cas déterminé?* Réponse négative. C'est tout au plus si la médication doit être suspendue quand viennent à se déclarer certains accidents, tel que l'exanthème dont Fraenkel rappelle les traits principaux. Chez un malade qui a présenté cet exanthème, la fièvre a subi du même coup une recrudescence assez marquée. Cet effet paradoxal de l'antipyrine a été noté à propos d'autres antipyrétiques, de la quinine en particulier.

M. P. Guttmann, dans le service duquel M. Neumann a pris ses observations, estime que l'efficacité de l'antipyrine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu est subordonnée à des circonstances individuelles, mais que, d'une façon générale, cette efficacité est très prononcée. De 18 malades nouveaux, traités par l'antipyrine, tous ont guéri, avec une durée moyenne de traitement de 25 jours; tandis que, pour 67 cas de rhumatisme articulaire traités dans le courant de l'année 1884 par d'autres médications, notamment par l'acide salicylique, la durée moyenne du traitement a été de 35,2 jours. Voici en quels termes M. Guttmann a résumé son appréciation sur la valeur de l'antipyrine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu :

1° L'antipyrine est un excellent remède contre le rhumatisme articulaire aigu.

2° Contrairement à l'opinion de M. Fraenkel, qui veut qu'on débute toujours par l'antipyrine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, M. Guttmann pose en fait qu'on peut agir ainsi, mais que cette conduite ne s'impose pas.

3° L'antipyrine vaut l'acide salicylique en efficacité. Quand on a prescrit une de ces deux substances et qu'au bout de quelques jours on n'a point obtenu le résultat désiré, il faut recourir à l'autre.

II. Cahn et Hepp ont donné le nom d'antifébrine à l'acétanilide, qui a pour formule $C^6 A^6 Az HC^2 H^3O$. C'est une matière cristalline, d'un blanc net, inodore, développant au contact de la langue une légère sensation de brûlure, à peu près insoluble dans l'eau à froid, un peu plus dans l'eau chaude, très soluble dans l'alcool, dans le vin. Température de fusion 113°, température d'ébullition 293°. Réaction neutre.

Après avoir acquis la conviction, par de nombreuses expériences faites sur des animaux, que l'antifébrine n'est pas toxique, même à doses relativement élevées. Cahn et Hepp ont fait des essais cliniques, dans le but d'étudier l'action antithermique de l'acétanilide. Ces recherches ont porté sur 24 fiévreux affectés de maladies telles que la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle, la phthisie pulmonaire. Dose quotidienne maxima : 2 grammes, par prises de 0,25 à 1 gramme, en suspension dans de l'eau ou enrobés dans du pain azyme. L'action antithermique n'a pas fait défaut une seule fois; en égard à son intensité, on peut admettre, selon Cahn et Hepp, qu'une dose de 0,25 d'antifébrine produit le même résultat que 1 gramme d'antipyrine. La température fébrile commence à baisser une heure environ après l'ingestion du médicament; elle continue de descendre pendant quatre autres heures, pour remonter ensuite à son niveau primitif en l'espace de trois à dix heures, suivant qu'on a administré une dose plus ou moins forte. La défervescence coïncide avec une hyperémie de la peau et une légère diaphorèse. Les malades n'ont pas été pris de frissons pendant que la température interne se mettait à remonter; quelques-uns ont éprouvé une sensation de froid.

Chez aucun de ces malades, l'antifébrine n'a causé de dérangement du côté des voies digestives; l'une ou l'autre fois l'administration du médicament a paru relever l'appétit. Par contre, le médicament provoque une exagération considérable de la soif et une diurèse extrêmement abondante; ainsi, chez un malade, la quantité d'urine des vingt-quatre heures s'est élevée de 2500 à 5500 c. c., à la suite de l'ingestion d'une seule dose d'antifébrine. Pendant la période d'apyrexie, les malades étaient dans un état d'euphorie complète. Quelques fois, au début du traitement, il s'est développé, pendant la phase de défervescence, de la cyanose de la face et des membres; ce symptôme se dissipait ensuite quand la température remontait, sans qu'il en résultât aucune suite fâcheuse pour les malades.

L'antifébrine a comme autre avantage d'être d'un prix de revient peu élevé (30 marcs le kilogramme).

L'antifébrine a été également expérimentée par M. Fraenkel, qui a reconnu l'exactitude des résultats annoncés par Cahn et Hepp; il s'agit bien d'un antithermique dans le sens propre du mot, qui fait baisser la température fébrile, mais qui ne fait que cela, à moins de frais, il est vrai, et avec une plus grande intensité que la plupart des autres antithermiques.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le corps et l'esprit. — Action du moral et de l'imagination sur le physique, par le docteur Hack Tuke; traduit de l'anglais par le docteur Victor Parant, précédé d'une Introduction par le docteur A. Foville. — Librairie J.-B. Baillière et fils. Paris, 1886.

On ne peut plus dire, aujourd'hui, que les médecins français, par suite de leur traditionnelle ignorance des langues, restent étrangers au mouvement médical des autres nations. Si ce reproche a pu être fondé autrefois, il ne l'est plus, grâce à Dieu, à l'heure actuelle.

Non seulement, en effet, bon nombre de travailleurs sont devenus capables de s'assimiler, dans les textes mêmes, les productions scientifiques des divers pays, mais encore, des qu'un ouvrage de quelque importance paraît à l'étranger, il est aussitôt traduit, annoté et préfacé en langue française, au

grand avantage de la masse des praticiens. C'est ainsi qu'en très peu d'années et dans le domaine exclusif de la neurologie, nous avons vu paraître la traduction du Traité de l'hypnotisme de James Braid, celle de l'ouvrage de Kussmaül sur les troubles de la parole, celle du Traité d'électrothérapie d'Erb, enfin celle de Nothnagel sur le diagnostic des maladies de l'encéphale.

Aujourd'hui, il s'agit d'un onvrage anglais ayant pour titre : *Le corps et l'esprit, action du moral et de l'imagination sur le physique.* L'auteur, déjà connu par nn grand nombre de travaux, entre autres par un Manuel de médecine psychologique fait en collaboration avec le docteur Bucknill, et qui en est déjà à se quatrième édition, est le docteur Hack Tuke, arrière petit-file de William Tuke, le contemporain de Pinel et son émule dans la réforme du traitement des aliénés. Le traducteur est le docteur Victor Parant, nn travailleur modeste, mais des plus estimés. Le préfacier, enfin, est le docteur A. Foville, l'un des maîtres incontestables de la médecine mentale contemporaine.

Le but général de l'ouvrage est de démontrer par des faits l'action de l'esprit sur le corps en l'état de santé comme en l'état de meladie, de façon é en déduire la possibilité d'utiliser cette action dans la thérapeutique médicale, en la soumettant à des régles scientifiques et précises. De lé, la division de l'ouvrage en trois parties distinctes : 1o Action de l'esprit sur le corps sain ou *psycho-physiologie ;* 2º Action de l'esprit sur le corps malade ou *psycho-pathologie ;* 3o Action de l'esprit sur le corps dans le pratique médicale ou *psycho-thérapeutique.*

Dans les deux premières parties, l'auteur étudie successivement et isolément l'influence de chacune des facultés essentielles de l'esprit : intelligence, émotion, volonté, sur chacune des principales fonctions du corps : sensations, muscles volontaires, muscles involontaires, fonctions organiques ; et, rejetant comme inutiles les abstractions et les explications métaphysiques, il laisse de préférence parler les faits. Comme le dit M. A. Foville dans son Introduction, il rapporte ces faits, depuis les plus simples et les plus naturels jusqu'aux plus compliqués et aux plus extraordinaires ; il montre que tous présentent des caractéres communs qui les rendent justiciables des mêmes interprétations ; par une analyse minutieuse, il les décompose en éléments faciles à expliquer, que l'on peut assembler en groupes plus ou moins complexes ; et, en procédant ainsi, du simple eu composé, il finit par faire pénétrer le clarté là où, au début, tout semblait contradictoire et inexplicable.

La dernière partie de l'ouvrege de M. Hack-Tuke, celle qu'il désigne sous le nom de « Psycho-thérapeutique », est certainement la plus intéressante, car elle constitue, pour ainsi dire, le conclusion, la résultante pratique des deux autres. L'auteur y analyse successivement l'influence générale exercée par le médecin sur le malade au moyen des états d'esprit qui agissent sur le corps, l'action si importante du réveil de la volonté chez les patients, celle des substances absolument inertes données aux malades comme médicaments actifs, l'influence combinée de l'excitation produite par certains états d'esprit et par des attouchements légers eur les parties atteintes, enfin, les résultats obtenus par le magnétisme enimal et le braidisme. On y trouve, entre autres, le récit de le premiére application de la suggestion hypnotique au traitement de la folie pratiquée par le docteur Huggard eur une lypémenieque de la maison de santé de Sussex.

De tous ces faits, l'auteur conclut que l'influence salutaire de l'intelligence et plus encore de l'imagination sur les fonctions du corps humain a certainement été reconnue de tout temps ; mais ce qui constituerait réellement une innovation, « ce serait da donner à cette médication *sui generis* une consécration scientifique, basée sur la connaissnnce précise de la physiologie du système nerveux, et de la distraire du domaine des empiriques et des cherlatans pour lui faire prendre une place légitime et officiellement reconnue dans la pratique médicale ».

S'il est permis d'exprimer un regret, c'est que l'auteur, poussant logiquement ses conclusions jusqu'au bout, n'ait pas cru devoir poser les premiers jalons de ce qu'il appelle fort justement la *psycho-thérapeutique*, et se soit borné à l'énumération des faits qu'il a pu rassembler, sans les faire servir à l'édification des principales règles de ce mode particulier de traitement. Nul mieux que lui n'était à même de les formuler en quelques considérations générales à la fin et comme conclusion de ses intéressantes recherches.

Il est vrai que depuis la publication de son œuvre, quoique de date toute récente et déjà à sa deuxième édition, le temps a rapidement marché (il marche si vite aujourd'hui en neurologie !) et que ce qui eût été prématuré à ce moment, devient peut-être possible à l'heure actuelle. C'est un nouveau chapitre à ajouter à la troisiéme édition, que nous souhaitons prochaine, de l'ouvrage.

Je ne dirai rien de la patience et du talent dépensés par le docteur Parant dens sa traduction. Une traduction, à ce point fidèle et brillante, devient une véritable collaboration, et je ne puis que transcrire ici l'opinion de l'eu teur lui-même, mieux placé que personne pour apprécier les mérites de l'édition française de son œuvre :

« Aprés avoir lu la traduction phrase à phrase, nous sommes heureux de pouvoir déclarer qu'elle nous donne une satisfaction compléte ; elle est fidèle sans être servilement littérale ; chaque page prouve que M. le docteur Parant e mis tout son cœur à l'accomplissement de sa tâche et qu'il s'est complétement pénétré de la pensée exacte de l'auteur ; aussi son œuvre nous paraît-elle ne rien laisser à désirer. »

Dr E. Régis.

De la contagion de la pneumonie.

Aujourd'hui qu'on tend à considérer la pneumonie comme une maladie de nature microbienne, il nous peraît intéressant de rapporter le trevail important qui vient de paraître dans les Archives générales de médecine (septembre 1886).

Les auteurs, M. Lancereaux et M. Besançon, interne du service, ont traité cette question avec un grand intérêt, et leurs nombreuses observations, leurs recherches bactériologiques, démontrent la nature microbienne de la pneumonie.

La pneumonie qui frappe en quelques jours successivement plusieurs maladee d'une même salle et une pertie du personnel ne peut pas être considérée comme une inflammation locale du poumon. On est obligé d'admettre le possibilité de sa transmission.

En février et mars, il y eut, dans le service de M. Lencereaux, 28 cas de pneumonie, dont plusieurs ont été précédés de grippe. Il y eut, sur ce nombre, 6 pneumonies contractées dans la selle dans l'espace d'une semeine.

Tous ces cas intérieurs se développèrent dans une seule des trois salles du service.

Le mode de début s'est montré invariable : loin d'éclater constamment au milieu d'une santé parfaite, la maladie s'est manifestée plusieurs fois chez des individus souffrant de la grippe depuis plusieurs jours ; rarement le frisson unique a ouvert la scène. Presque toujours, il a été remplacé par de petits frissons multiples. Le point de côté et l'angoisse thoracique ont été très accentués, ainsi que la dyspnée.

L'expectoration elle-même n'a généralement pas eu les caractères habituels aux crachats pneumoniques. L'expectoration était abondante, non rouillée, mais colorée en rose comme celle de la congestion active du poumon. Les crachats n'étaient pas très visqueux. L'analyse bactérioscopique a constamment révélé la présence de *cocci ovoïdes* dans les crachats.

Le râclage de la surface pulmonaire montrait les mêmes organismes lancéolés déjà trouvés dans l'expectoration.

Les auteurs ont observé quelques complications telles que pleurésie fibrino-suppurée à pneumonocoques, endocardites à pneumonocoques, méningites à pneumonocoques, parotidite.

A. Martha.

REVUE DES THÈSES

Traitement des collections purulentes du foie par incision large et antiseptique, par E.-A. Caravias, — Th. doctor., 1885.

Ce travail, accompagné d'un grand nombre d'observations, constitue un résumé de l'état de la question à l'heure présente. Très en usage en Allemagne, en Amérique, et surtout dans l'Inde anglaise, l'ouverture des abcès du foie par une incision large, faite avec les précautions antiseptiques, tend chaque jour à se substituer aux anciennes méthodes de Récamier, de Bégin, etc.; des observations tirées de la pratique de MM. Kirmissen, Bouilly, etc., prouvent que ce procédé n'est pas étranger aux chirurgiens français. M. Caravias conclut en disant que l'incision large est le traitement qui convient le mieux aux collections purulentes du foie (abcès et kystes hydatiques suppurés); l'incision doit être faite aussitôt que la présence du pus a été constatée par une ponction aspiratrice ; la cavité doit être aussitôt largement irriguée et le drainage en être assuré.

L'auteur termine en disant qu'on ne doit pas se préoccuper de la présence ou de l'absence d'adhérence ; nous formons des réserves relativement à cette dernière proposition qui, ainsi énoncée, nous paraît exposer à bien des dangers. Si, dans certaines observations, on sait que quelques gouttes de pus se sont impunément répandues dans le péritoine, on ne saurait prétendre que la présence du pus dans le péritoine soit un accident devant lequel on puisse rester indifférent, même en présence d'une antiseptie parfaite, même lorsqu'on aura constaté que le pus de l'abcès ne contient pas de microbes.

Étude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux, par Benjamin-Auguste Broca. — Thèse de doctorat, 1885.

Le remarquable travail de M. Broca a pour but principal une question d'étiologie et de diagnostic; reprenant une idée ancienne, dont il a découvert l'origine dans un mémoire de Spender, qui date de 1835, il se demande si on ne doit pas accorder aux lésions cutanées une part plus large qu'on ne le fait généralement dans la pathogénie des ulcères variqueux.

M. Broca distingue de la façon la plus nette les ulcères variqueux simples des ulcères hybrides, qui ont en pour origine un élément éruptif; les premiers siègent, en général, en bas et en dedans de la jambe ; leur forme est plus ou moins elliptique, à grand axe vertical; leurs bords, indurés et surélevés, se continuent, par une pente douce, avec un fond gris et sanieux; enfin, ils sont le plus souvent uniques. Mais, à côté de ceux-là, on rencontre souvent les ulcères hybrides, qui sont multiples, accompagnés de cicatrices lisses, régulières et pigmentées; ce sont ceux qui ont en pour origine une lésion éruptive, telle que la syphilis tertiaire, l'eczéma, l'ecthyma, à laquelle la nutrition vicieuse de la jambe a communiqué une marche destructive. Le diagnostic, à la période d'état, est des plus difficiles, car l'infiltration variqueuse imprime aux lésions initiales de profondes modifications, et il faut s'aider des symptômes cutanés qu'on rencontre sur d'autres points de la surface de la peau.

Nous ne pouvons, dans ce rapide exposé, donner un résumé des faits nombreux et probants que M. Broca apporte à l'appui des idées qu'il défend ; sa thèse est une de celles dont la lecture s'impose.

Dr E. Desnos.

Traitement des anévrysmes externes par un nouveau mode de compression directe, par E. Laplace. — Thèse de doct. Paris, 1886.

La pelote qui sert à la compression est un morceau de liège carré, épais de 3 à 4 centimètres; le liège est creusé et consisté de manière à encapeuler plus ou moins la tumeur, lui offrant à la fois un maintien doux et résistant. On met le membre en demi-flexion et on applique une bande pour maintenir la pelote ; le malade augmente la pression à volonté en fléchissant le membre. On comble le creux de la pelote avec de la ouate ou petits coussinets au fur et à mesure que l'anévrysme diminue de volume.

M.

BULLETIN

L'Association médicale mutuelle en cas de maladie.

Nous avons reçu, de notre honorable confrère, M. Lagogney, la lettre suivante, dont notre absence de Paris, à propos du Congrès d'hydrologie, a retardé la publication :

Paris, 9 octobre 1886.

Très honoré Confrère,

En accordant une large hospitalité dans la Gazette médicale à mon projet d'Association médicale mutuelle en cas de maladie, vous terminez votre article du 5 juin dernier par ces mots : « Certes, notre confrère a une foi très vive dans son entreprise, mais en pareil cas la foi ne suffit pas et le calcul des probabilités, sur lequel l'œuvre repose, doit être mathématiquement rigoureux. »

Certes, j'ai la foi entière, absolue, dans la réussite de cette Association, et cette foi serait encore affermie, s'il en était besoin, par l'exemple qui nous vient d'Outre-Manche.

L'Association médicale des médecins anglais, après deux ans et demi d'existence seulement, a obtenu dans sa branche d'assurance

en cas de maladie, branche que le Président, M. Ernest Hart, considère comme la plus utile, des résultats tellement brillants qu'ils dépassent les prévisions les plus optimistes. Les données suivantes sont extraites du BRITISH MEDICAL, nos 1328 et 1338, et du troisième Rapport et Etat des comptes de cette Société.

Au 1er juillet 1885, l'effectif était de 607 membres; 69 admissions l'ont élevé à 676 au 30 juin 1886.

L'avoir, au 1er juillet 1885, s'élevait à 2,846 liv. st. = 71,150 fr.

L'intérêt de la réserve a produit 108 liv. st. = 2,700 fr.; et les cotisations des membres 3,607 liv. st. = 90,175 fr.

Le nombre des journées de maladie, réparties entre 102 membres, s'élève à 3,102, pour lesquelles il a été payé 35,400 fr. d'indemnité (1,416 liv. st.).

Enfin, la balance au 1er juillet 1886 monte à un avoir de 5,146 liv. st = 128,650.

Que nous prenions, pour calculer la moyenne annuelle des journées de maladie par sociétaire, le chiffre de l'effectif au début ou à la fin de l'exercice, nous trouvons 4 59 ou 5.11, résultat qui concorde avec les moyennes presque invariables du rapport ministériel français, moyennes qui viennent d'être publiées par la TRIBUNE MÉDICALE (3 octobre) et dont le chiffre pour les sept dernières années atteint ou dépasse à peine 5.

Il est utile de faire observer que la moyenne anglaise comprend les maladies aiguës et chroniques sans distinction, nos confrères payant l'indemnité sans interruption jusqu'à 65 ans.

Ces chiffres nous permettent aussi de voir qu'en Angleterre on a eu, malgré la variété des primes et des sommes assurées, les moyennes suivantes :

Cotisation annuelle.......	133 fr. 43
Indemnité quotidienne....	11 41
Bénéfice de l'exercice.....	51,775 »

Que pouvons-nous légitimement conclure en présence de résultats obtenus en si peu de temps, si nous les comparons avec le calcul des probabilités sur lequel nous avons basé notre projet? N'avons-nous pas le droit d'espérer un résultat heureux et ne sommes-nous pas autorisés à tenter l'épreuve à notre tour? C'est ce que nous avons pensé et nous avons soumis notre projet à l'autorisation ministérielle pour entrer enfin dans la voie des réalisations pratiques. Nous n'avons toutefois demandé cette autorisation qu'après avoir exposé nettement à M. le Président de l'Association générale quelle place modeste l'Association mutuelle espérait prendre à côté de ses sœurs aînées l'Association générale et l'Association de prévoyance de la Seine, auxquelles nous espérons même apporter un concours utile en diminuant le nombre des confrères malheureux qu'elles pourraient être appelées à secourir.

Agréez, très honoré confrère, l'assurance de ma respectueuse confraternité.

Dr G.-G. LAGOGUEY,
8, boulevard Saint-Denis.

M. Lagoguey, avec la persévérance que donne cette foi vive dont il est question au début de sa lettre, a poursuivi son œuvre, triomphé des obstacles et passé enfin de la conception à la réalisation. Dans une réunion générale des adhérents tenue la semaine dernière, la constitution définitive de l'Association a été votée à l'unanimité.

En adressant des objections au projet de notre honorable confrère, nous n'avons eu nullement la pensée de le décourager; nous avons voulu simplement contribuer à le prémunir contre certaines illusions et les déceptions qu'elles entraînent. Nous ne demandons pas mieux que d'être convaincus à notre tour, car nous applaudissons d'avance à toute œuvre essentiellement confraternelle; aussi souhaitons-nous un plein succès à la nouvelle Association qui, dès son berceau, a toutes nos sympathies.

Dr F. DE RANSE.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — La nouvelle de la mort de M. Paul Bert, un peu prévue par les dernières dépêches, a été annoncée officiellement hier à la Chambre des députés par M. de Freycinet, et la séance a été levée en signe de deuil. Nous n'avons rien à dire ici de l'homme politique; mais le physiologiste nous appartient. Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE sont mieux au courant que personne des travaux accomplis par l'ancien président de la Société de biologie et des services qu'il a rendus à la science; ils s'associeront certainement comme nous aux regrets unanimes que la mort de M. Bert laissera dans le monde savant.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. Bach, professeur honoraire des Facultés de médecine de Strasbourg et de Nancy; — de M. le docteur J.-B. Decés, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Reims.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — A la suite du scrutin qui a eu lieu, le 25 octobre 1886, pour l'élection d'un délégué de la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Estor, M. Bertin, professeur d'hygiène à ladite Faculté, ayant obtenu la majorité des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du Conseil académique de Montpellier.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Moutier, suppléant d'anatomie et physiologie, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Mabeut, nommé professeur honoraire.

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — Un concours s'ouvrira le 4 mai 1887 devant la Faculté de médecine de Lyon pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Dijon.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Guillaumet, suppléant d'histoire naturelle, est chargé d'un cours d'histoire naturelle.

***

CONGRÈS DE BIARRITZ. — Récompenses décernées par le jury international de l'Exposition :

Section de Climatologie

MÉDAILLE D'OR

M. Carlier, directeur de l'Observatoire de Saint-Martin-de-Hinx (Landes). — Travaux météorologiques.

MÉDAILLES D'ARGENT

I. MM. Richard frères, fabricants d'instruments météorologiques enregistreurs, à Paris.

II. M. Tonnelot, fabricant d'instruments météorologiques, à Paris.

III. M. Ch. Sébie. — Travaux météorologiques de « Biarritz-Association ».

IV. M. Stublein, directeur de l'Observatoire des Corbières (Aude). — Travaux météorologiques.

MÉDAILLES DE BRONZE

I. M. L. Bouyer. — Travaux météorologiques de la Société des sciences et arts de Bayonne.

II. M. Ragon, opticien à Bayonne. — Instruments de météorologie.

III. M. Frois, photographe. — Vues photographiques.

DIPLÔMES

1er Diplôme (hors concours) :

I. La Commission météorologique des Basses-Pyrénées, sous la direction de M. Piche.

II. M. le docteur Lubelsky. — Travaux météorologiques de Pologne.

III. M. le docteur Pitta. — Travaux météorologiques de Madère, etc.

IV. Etablissement thermal de Vinadio (Italie). — Travaux et observations.

V. M. le docteur Mess, à La Haye-Schevening en Hollande. — Travaux et observations.

VI. Bureau central de la météorologie de Paris. — Travaux météorologiques.

VII. Société météorologique italienne. — Travaux et observations.

VIII. Société météorologique d'Angleterre. — Trav. et observ.

IX. Société météorologique de France. — Trav. et observ

X. Observatoire Royal de Bruxelles. — Trav. et observ.

XI. Commission météorologiques de la Haute-Garonne. —Travaux et observations.

Section d'Hydrologie

MÉDAILLES D'OR

I. M. le docteur F. Garrigou. — Travaux sur l'hydrologie des Pyrénées, et REVUE D'HYDROLOGIE PYRÉNÉENNE, fondée et publiée en collaboration avec le docteur Duhourcau ;

II. La ville de Naples. — Pour son exposition et sa collection d'hydrologie et de climatologie.

MÉDAILLES D'ARGANT

I. La Société espagnole d'hydrologie médicale; à Madrid. — La collection de ses « Annales » publiées sous la direction de M. le docteur Marcial Taboada.

II. MM. Chiminelli et Faralli. — Leurs publications périodiques (journal et annuaire d'hydrologie et de climatologie).

III. Le grand établissemont des Thermes de Dax. — Son exposition des produits tirés des boues et pour la perfection de ses installations balnéaires.

MÉDAILLES DE BRONZE

I. M. le docteur Marchisio Barthélémy. — Ses travaux hydrologiques.

II. M. le docteur Miflet. — Son travail et ses produits tirés des boues d'Odessa.

III. L'Etablissement de Barèges. — Ses plans d'amélioration et les travaux réalisés dans la station pendant les deux dernières années.

IV. L'Etablissement de Cauterets. — Travaux et nouvelles installations.

V. L'Etablissement thermal de Cambo. — Travaux et nouvelles installations.

DIPLÔMES

I. M. le docteur Axel Lamm. — Exposition de boues et du nouveau robinet mélangeur, système suédois.

II. L'Etablissement de Néris-les-Bains (Allier). — Ses plans et projets d'amélioration.

III. La ville d'Ischia. — Travaux et projets de reconstruction.

IV. La station d'Aulus (Ariége). — Travaux et projets d'amélioration.

V. L'Etablissement de bains de mer de Hendaye-Plage. —Travaux et projets d'amélioration.

— Avant de se séparer, le Congrès a décidé que, en raison de l'Exposition universelle, la seconde session du Congrès international d'hydrologie et de climatologie se tiendra à Paris en 1889.

***

HÔPITAUX DE PARIS. — Le sujet de la composition écrite donné aux candidats du concours pour les prix à décerner aux internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris a été : 1o pour les élèves de la première division (internes de troisième et quatrième années): structure des veines; phlébite; 2o pour les élèves de la seconde division (internes de première et deuxième années) : configuration et rapports du foie, kystes du foie.

***

— M. le professeur Laboulbène commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie samedi 13 novembre 1886, à quatre heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Histoire des maladies parasitaires, bibliographie et biographie médicales.

Dans la première leçon, le professeur résumera l'*Histoire des anatomistes anciens et de la Renaissance anatomique au quinzième siècle*.

— HÔPITAL DES ENFANTS.— Le docteur Jules Simon commencera ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 17 novembre, à 9 heures,et les continuera les mercredis suivants à la même heur e

Le samedi, consultation clinique.

— COURS DE GYNÉCOLOGIE USUELLE. — M. le docteur Doléris, ancien chef de clinique d'obstétrique et de gynécologie, accoucheur des hôpitaux commencera un cours complet de gynécologie usuelle le lundi 15 novembre prochain, à 3 h. 1/2, 12, rue de Navarre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Ce cours comprendra 25 leçons On s'inscrit tous les jours, de 10 heures à midi, 12, rue de Navarre.

— Le docteur Galezowski commencera un cours sur les maladies des yeux, à l'Ecole pratique de la Faculté, amphithéâtre, n° 2, mardi prochain 16, à 8 heures du soir, et il les continuera les jeudis et les mardis suivants à la même heure. Ce cours comprendra l'étude des affections dépendantes des maladies cérébrales et spinales.

— Cours public sur la pathologie et la chirurgie de l'appareil urinaire. — Le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux commencera ce cours le lundi 15 novembre à 5 heures, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à même heure.

***

CHOLÉRA. — Le choléra règne toujours à Gênes, où une quinzaine de cas nouveaux s'observent journellement avec une mortalité de 50 pour 100. Quelques cas se sont montrés dans un régiment caserné au château de Milan et venu par mer de la Calabre à Gênes. Enfin, on signale l'apparition du fléau aux environs de Mayenco, sans qu'on puisse se rendre compte de la voie qu'il a suivie. Des mesures sanitaires ont été prises immédiatement pour en prévenir l'extension.

***

LA GAZETTE GÉOGRAPHIQUE ET L'EXPLORATION. — Sommaire du numéro 43 :

Le canal indo-européen. — La situation politique et commerciale du Harar. — République Argentine —Un explorateur européen. — Affaires coloniales de la France.—Mouvement colonial de l'étranger.—Nouvelles géographiques.—Renseignements commerciaux et statistiques. — Revue des Sociétés. — Nécrologie. — Bibliographie et cartographie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886

127. M. Roland. Traitement de l'urémie. — 128. M. Ayala. Des portes d'entrée de l'ostéomyélite. — 129. M. Dufour. De l'étiologie et de la nature du tétanos. — 130. M. Dumas. Transformation de la personnalié; erreur de personne chez les aliénés. 131. M. Laroque. Rémissions dans le cours de la paralysie générale.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 31 OCT. AU SAMEDI 6 NOVEMBRE 1886

Fièvre typhoïde 13.—Variole 1.— Rougeole 12.— Scarlatine 7. — Coqueluche 3. — Dipthérie, croup 17. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 216. — Autres tuberculoses 19. —Autres affections générales 76. — Malformation et débilité des âges extrêmes 44. — Bronchite aiguë 26. — Pneumonie 61. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 37. — au sein et mixte 28. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 90. — de l'appareil circulatoire 68. — de l'appareil respiratoire 68. — de l'appareil digestif 50 — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 3 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 22.— Causes non classées 10. — Total de la semaine: 953 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de médecine. Vient de paraître le tome quarantième et dernier, formant un volume in-8 de VIII-782 pages, avec 82 figures.—Prix : 10 fr.

Le tome 40 comprend : 1o l'article Zymotiques (maladies) ; 2o un supplément consacré aux médicaments nouveaux, aux nouvelles méthodes opératoires, aux données les plus récentes sur les microbes, etc.; 3o une table alphabétique, qui facilite les recherches et permet de reconstituer l'ensemble d'une question que les nécessités de l'ordre alphabétique avaient amené à répartir entre plusieurs articles, dans les divers volumes du Dictionnaire.

Le tome 40 termine heureusement l'œuvre commencée il y a de longues années, sous la direction de M. le professeur Jaccoud.

Cette encyclopédie médico-chirurgicale présente le tableau fidèle et complet de l'état de la science et de ses incessants progrès. Elle constitue un guide sûr, répondant à tous les besoins de la pratique médicale.

Prix de l'ouvrage complet en 40 volumes in-8, comprenant 33,000 pages avec 3,600 figures, 400 fr. Chaque volume se vend toujours séparément 10 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

De la paralysie faciale centrale et périphérique, leçon clinique par M. le professeur Grancher.

Messieurs,

Vous avez observé, avec moi, ces derniers jours, un jeune garçon de deux ans atteint d'hémiplégie faciale avec rotation de la tête et déviation conjuguée des yeux. Vous avez pu constater à l'autopsie des lésions multiples de l'encéphale, du rocher et des poumons. J'ai observé en ville un autre enfant atteint également d'hémiplégie faciale avec contraction légère du sterno-mastoïdien et rotation de la tête sans déviation conjuguée des yeux. Cet enfant est mort chez ses parents et son autopsie nous fait défaut. Mais je crois pouvoir cependant profiter de cette observation pour notre enseignement. Je pense qu'il y aura quelques fruits à étudier comparativement ces deux faits.

Nous commencerons, si vous voulez, par l'histoire de la petite fille qui m'a été envoyée par un de mes collègues des hôpitaux pour avoir mon avis sur un ensemble de symptômes assez rares et bien faits pour dérouter la sagesse du clinicien.

Cette fillette, née de parents sains et venue à terme, a été élevée chez ses parents au sein d'une nourrice. Elle est chétive cependant, pâlote, se tient assez mal sur les jambes, et sa tête, plus volumineuse que celle d'une enfant de son âge, s'incline sensiblement à gauche par contraction du sterno-mastoïdien de ce côté. Mais l'exploration la plus attentive ne permet pas de constater la moindre déviation des yeux qui se meuvent en tous sens facilement et dont l'angle optique n'est pas agrandi, ni diminué, ni dévié. Il est facile en même temps de constater, au repos, et surtout quand l'enfant pleure ou rit, que la moitié gauche de la face est paralysée. Cette paralysie est totale, c'est dire qu'elle porte également sur le facial inférieur et sur le facial supérieur. Ses membres sont sains, ses sens paraissent intacts, et l'exploration la plus attentive ne permet pas de constater le moindre trouble de sensibilité de la peau ou des muqueuses. Cette hémiplégie faciale avec rotation de la tête est venue lentement et progressivement; les parents se sont aperçus vers la fin d'août, il y a deux mois environ, que de temps en temps sa tête s'inclinait et gardait cette attitude vicieuse. Un peu plus tard, l'hémiplégie faciale fut reconnue, légère d'abord, puis de plus en plus marquée. Enfin, une autre circonstance fort curieuse dans l'histoire de cette maladie, c'est l'intermittence de ce double accident. La mère est très affirmative. A nos questions réitérées, elle répond sans hésiter que cette raideur du cou, que cette déformation du visage, disparaissent de temps en temps, aujourd'hui toutefois moins souvent et moins longtemps qu'au début.

En cherchant la cause de cette paralysie faciale complète dans

FEUILLETON

Chronique mensuelle.

L'internat féminin. — Jupon et calotte d'honneur. — La discrétion médicale. — L'indiscrétion des femmes. — Le secret médical. — Medicus Duplex. — Le mal vénérien au XIXe siècle.

L'irritante et pendante question de l'internat des femmes semble sur le point d'être résolue, grâce au succès de l'une des concurrentes; mais... attendons la fin, comme dit la fable, avant de chanter « *Te Deum* » pour la victorieuse. Il me paraît d'ailleurs que l'issue de la bataille est déjà bien escomptée, si j'en crois les échos d'un journal très mondain qui, dans sa fièvre de reportage, nous eût donné pour un peu, en guise de « Premier-Paris », la « Copie » de la débutante, aussi bien qu'il relate les expériences du fameux médium préconisé par un confrère, qui ne l'est pas moins.

∴

Donc, qu'on en prenne son parti, et que nos galants internes offrent un jupon d'honneur à leurs nouvelles collègues, car je ne puis m'imaginer la traditionnelle calotte sur la tête blonde de l'interne de garde.

∴

Ce qui me rend plus anxieux encore que de savoir si, oui ou non, l'interne nouveau modèle sera « calottée », c'est si le prurit lingual qu'on prête bien à tort sans doute — au sexe faible va se calmer, si en un mot nos femmes médecins vont, en endossant la robe doctorale, être les gardiennes sacrées du secret médical. Le secret médical! Quel grand mot, et comme il faut applaudir le professeur Brouardel d'avoir fait paraître son bien remarquable petit livre. Vite, qu'on en offre un exemplaire à toutes les internes et aspirantes. Qu'elles s'imprègnent de la tête aux pieds des préceptes qui leur sont dictés par une bouche aussi autorisée, en un mot qu'elles restent les vestales fidèles du secret, ainsi qu'Hippocrate l'ordonne.

∴

Ce n'est pas ici le lieu ni l'heure de leur dire ce que c'est que ce redoutable secret, qui brûle si souvent les lèvres; mais, en vérité, comment ne pas craindre que plus d'une fois il ne soit éventé,

une altération du nerf, et en étudiant attentivement le conduit auditif, on relève que l'oreille gauche a laissé couler un peu de sérosité pendant quatre jours, après l'apparition de la première dent. L'oreille droite coula aussi, mais moins longtemps. Du reste, cet accident était passé et oublié quand la rotation de la tête et l'hémiplégie faciale apparurent.

Vous savez, messieurs, que, dans la règle presque sans exception, toute hémiplégie faciale complète a sa source dans une lésion du nerf, soit à son noyau d'origine, soit à son trajet dans le crâne, dans le rocher ou à la face. Inversement, toute hémiplégie faciale incomplète, qui respecte le facial supérieur, est de cause centrale. Une lésion des pédoncules, des noyaux gris ou de l'écorce hémisphérique en est la cause. Plusieurs explications ont été données du phénomène; Broadbent a imaginé d'invoquer, entre les deux noyaux du facial, des relations anastomotiques qui assurent à l'état physiologique la synergie fonctionnelle et à l'état pathologique la suppléance des deux nerfs; de sorte que les mouvements combinés des deux paupières, ainsi que les mouvements des muscles intercostaux et des muscles laryngés, survivraient à la paralysie d'un nerf facial, en raison même de ses anastomoses. Cette explication, adoptée en partie par M. Charcot, ne paraît pas complètement satisfaisante, car si elle permet de comprendre comment le facial supérieur est respecté dans les paralysies centrales, il n'explique pas comment, quand un noyau d'origine est intéressé, la paralysie est totale. Ici, les anastomoses, si anastomoses il y a, pourraient remplir le même office, assurer la même synergie fonctionnelle, ce qui n'a pas lieu. M. Landouzy suppose que les filets du facial convergent de la périphérie au noyau d'origine et divergent ensuite vers l'écorce. Là, le facial supérieur et le facial inférieur peuvent avoir deux centres et deux directions différentes, et l'on conçoit qu'une lésion puisse intéresser le premier et respecter le deuxième. Cette explication n'est pas acceptée par tous; il semble même, à en croire quelques observateurs, qu'il soit superflu de chercher une explication. Coingt, Legendre et surtout O. Berger affirment que, pour le plus grand nombre des paralysies faciales dites centrales, le facial supérieur est atteint. La synergie fonctionnelle suffit à lui assurer quelques mouvements, mais elle n'empêche pas une exploration attentive de reconnaître l'affaiblissement considérable de l'orbiculaire des paupières. Il suffirait, pour s'en rendre compte, les yeux étant clos, de presser doucement avec le doigt sur les paupières en ordonnant au malade d'ouvrir les yeux. On percevrait ainsi facilement les différences de contraction du muscle sain et du muscle demi-paralysé. Mais, à supposer que cette explication soit suffisante, bon nombre de cas n'en sont pas justiciables, et nous avons dans nos salles un petit enfant atteint d'hémiplégie faciale de cause centrale, où les deux orbiculaires ont la même force de contraction. Il est donc probable que l'explication donnée par M. Landouzy est bonne; il y manque toutefois la consécration anatomique.

J'étais donc autorisé, chez mon petit malade, à conclure à la présence d'une hémiplégie faciale périphérique, et cependant cette hémiplégie *totale* était bien de cause *centrale*, et j'entends par ce mot que l'écorce ou les noyaux gris de l'encéphale étaient le siège de la lésion. J'ai, pour soutenir cette opinion, plusieurs motifs; vous en connaissez déjà un, c'est la concomitance d'une rotation de la tête, que je considère comme l'esquisse du phénomène décrit par Vulpian et Prévost, et qu'on appelle la rotation avec déviation conjuguée. Toutefois, j'avoue que j'ai cherché d'abord une autre explication. Les relations anatomiques du facial et du spinal par l'intermédiaire du plexus cervical superficiel et profond sont de trop peu d'importance pour rendre compte de cette association symptomatique dont nous étions témoins. En outre, il eût fallu qu'une même lésion provoquât ici une paralysie et là une convulsion, chose impossible, si les relations anatomiques seules eussent été causes du phénomène. On pouvait encore supposer, et c'était là ma première pensée, une altération des ganglions du cou, une lésion des vertèbres ou de leurs articulations, et interpréter cette contracture du sterno-mastoïdien comme une de ces contractures de défense, destinée à immobiliser une région malade dans un cas d'adénopathie ou d'arthropathie vertébrale. Mais l'exploration la plus minutieuse fut négative sur ce point. Pour m'éclairer davantage et sortir de l'incertitude où je restais, je priai M. Boudet de Pâris de pratiquer l'exploration électrique et d'y chercher la définition rigoureuse du siège de la lésion. Vous savez que, en appliquant à l'étude des maladies, à leur diagnostic et à leur thérapeutique, l'électricité d'induction du courant faradique, Duchenne a fait faire à cette science de l'électricité appliquée à l'étude des maladies un progrès considérable. Il a si bien fixé les phénomènes qui se passent et leur valeur, que ses successeurs ont ajouté fort

---

sinon violé, par nos fines collègues ? Que d'exemples je pourrais citer où leur discrétion sera mise à l'épreuve, et quelle épreuve ! Comment admettre qu'une femme, qui restera femme envers et contre tout, ne se sente profondément remuée lorsqu'une autre femme, sa collègue en maternité, viendra lui demander avis sur la santé de M. X. ou Z., son client? Et vous pensez que la femme, avec son cœur si prompt aux impulsions généreuses, avec sa sensibilité qu'aucune étude n'émoussera totalement, pourra rester muette, alors qu'elle n'aura qu'un mot à dire pour empêcher la consécration d'un mariage qui, à ses yeux, prendra l'allure d'un crime aussi secret qu'immonde. Ne pensez-vous pas qu'elle saura, d'un cœur léger, encourir les rigueurs de la loi, alors que sa conscience, ses sentiments les plus profonds, lui souffleront au cœur, puis à l'oreille, qu'en gardant son mutisme, elle prête la main et s'associe à une déloyale action!

Pour ma part, je suis persuadé que lorsque Mme Diafoirus saura que M. Purgon, son confrère, veut marier sa fille à un Don Juan, égratigné par l'amour, son premier mouvement sera de violer le secret pour le plus grand bien de son confrère en médecine, et pour la plus grande sécurité de son confrère en sexe. Croit-on sérieusement que, lorsque quelqu'un d'entre nous voit empoisonner — j'entends avec un arsenic quelconque — une femme par son mari, par exemple, il ne soit pas sollicité par toutes les fibres de son honneur à dénoncer le coupable, c'est-à-dire, pour parler net, à trahir le secret médical, puisque c'est dans l'exercice de sa profession qu'il a eu connaissance de l'acte. Donc, ô doux confrères enjuponnées, tournez et retournez vos petites langues sept fois avant de parler; bavardez tant qu'il vous plaira en tant que femmes, mais restez muettes comme médecins.

*
* *

Homo Duplex, a-t-on coutume de dire, combien plus vrai encore doit être le *Médicus Complex*. Le secret médical du professeur Brouardel me fournit le plus plaisant exemple qu'il soit de cette dualité. Tous nos confrères savent-ils, en effet, que, médecins d'une compagnie d'assurances, ils peuvent certifier par écrit, et cela sans violation du secret professionnel, tout ce qu'ils savent de la santé du malade soumis à leur examen, mais que si, d'aventure, et le fait n'est pas rare, ledit malade est leur client, ils doivent lui refuser le certificat qu'il vient leur demander pour contracter une

peu à son œuvre. Duchenne a vu que, dans les paralysies d'origine centrale, les réactions électriques au courant d'induction sont conservées; qu'au contraire, dans les paralysies faciales graves d'origine périphérique, ces mêmes réactions sont rapidement diminuées ou abolies. Dans l'espèce, les accidents remontant à deux mois, l'exploration devait donner une réponse décisive. Cette épreuve, que M. Boudet de Pâris a bien voulu faire à notre prière, fit voir que les réactions électriques du tronc du facial au courant faradique étaient non seulement conservées, mais encore un peu exagérées. Or, la conservation des réactions électriques signifie que la lésion est centrale et leur exagération signifie que la cause productrice est encore en activité. Les réactions électriques au courant galvanique étaient ce qu'elles sont en pareil cas, normales. Enfin l'excitation des muscles de la face du côté paralysé donna des contractions normales au courant faradique et des contractions un peu faibles au courant galvanique.

Celles-ci reprirent leur valeur physiologique après le passage d'un courant continu pendant quelques minutes. L'examen électrique du sterno-mastoïdien donna des résultats prévus : les deux courants faradiques et galvaniques provoquèrent des contractions exagérées par rapport à l'état physiologique. C'est le signe de la contracture du muscle.

Fort de cette exploration, j'abandonnai toute autre supposition que celle d'une hémiplégie faciale de cause centrale accompagnée d'un commencement de rotation de la tête, ébauche incomplète du phénomène de Vulpian, les yeux étant épargnés. La fin de l'observation vint donner raison beaucoup trop tôt à cette hypothèse. L'enfant s'était soumise pendant plusieurs jours au traitement par de faibles courants galvaniques, et quelque amélioration semblait en être la conséquence, lorsque le 12 novembre une aggravation subite arriva. L'histoire précise de ce qui s'est passé ne saurait être faite, puisque cette enfant ne vint plus à Paris ; mais mon collègue des hôpitaux sut, par la mère que des crises de mouvements convulsifs avec vomissements, accompagnés d'un accroissement rapide du volume du crâne, durèrent deux ou trois jours et entraînèrent la mort.

Ce fait est plein d'enseignements ; il prouve qu'une hémiplégie faciale de cause centrale peut intéresser au même degré le facial supérieur et inférieur. Il prouve que le phénomène décrit par Vulpian peut être dissocié dans sa double manifestation ; il prouve enfin que la contracture isolée du sterno-mastoïdien accompagnant une hémiplégie faciale en aggrave singulièrement le pronostic.

Les lésions encéphaliques, causes de tous ces symptômes, ne nous sont pas connues pour ce fait, mais l'étude détaillée de notre second malade va nous servir, non point à affirmer le siège certain de la lésion chez la fillette dont je viens de vous conter l'histoire, mais le siège *probable* de cette lésion.

Capit. René, âgé de 2 ans, est entré le 17 novembre 1885 salle Saint-Thomas, n° 15. Les antécédents personnels et héréditaires de cet enfant sont bons : le père et la mère sont bien portants ; ils n'ont pas d'autre enfant. Elevé au biberon, à la campagne, René Capit. eut une fièvre typhoïde (?) au mois de mars 1885. Il se remit mal de cette affection de nature problématique, mais grave en tous cas, et trois mois après, en juin, on remarqua que l'oreille gauche commençait à couler. En même temps, ou un peu auparavant, les renseignements sur ce point sont confus, apparut dans la région mastoïdienne du même côté un abcès qui s'ouvrit spontanément en deux endroits (la cicatrice des deux ouvertures est encore visible). L'écoulement de l'oreille ne cessa plus; il est tantôt séro-purulent, tantôt sanieux, et vous avez pu constater la veille de la mort l'abondance et la fétidité de cet écoulement, mélange de sang et de pus. Les choses restèrent en l'état pendant quatre mois encore, jusqu'en septembre. A cette époque, deux autres phénomènes survinrent coup sur coup : une hémiplégie faciale gauche complète, accompagnée de rotation de la tête par contracture du sterno-mastoïdien gauche avec déviation conjuguée des deux yeux à droite. Ces phénomènes ne s'accompagnaient du reste ni de convulsions, ni de vomissements, ni de fièvre. Sur ce dernier point, nous n'affirmons rien, l'enfant ayant été fort peu soigné, puisqu'il restait à la campagne, loin de sa mère.

A son entrée dans nos salles, il y a quelques jours, vous avez vu dans quel état de cachexie affreuse ce pauvre petit être était tombé. D'une maigreur squelettique, il tousse incessamment; sa paralysie faciale est aussi complète que possible et déforme absolument son visage. La joue gauche est gonflée, comme houffie et rouge ; sa peau est lisse et sans rides ; au contraire, elle est rétractée et comme plissée du côté droit ; la bouche, inégalement entr'ouverte, est déviée et entraînée à droite, même au repos. Cette déforma-

assurance ? La bonne chinoiserie inventée là, en vérité ! Il n'en faudrait pas quelques douzaines semblables pour discréditer, cette chose troublante et sainte — le secret médical — que les gens du monde veulent nous faire trahir si souvent, et que nous gardons si soigneusement, trop soigneusement, serais-je tenté d'ajouter, lorsque je considère les progrès sans cesse croissants du mal vénérien, comme on disait jadis. En ce siècle si fécond en découvertes, en ce siècle de Pasteur, qui nous vaccinera contre la syphilis, nous et nos enfants?

Duplex.

— Par arrêtés ministériels, la chaire de physique médicale et la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris sont déclarées vacantes.

***

— M. Coudray, docteur en médecine, est maintenu, pendant l'année scolaire 1886-1887, dans les fonctions de préparateur du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris.

— M. Beurnier, docteur en médecine, est nommé préparateur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Assaki, appelé à d'autres fonctions.

— M. Rémy, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Cadiat, des fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie à ladite Faculté.

— M. le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, le mardi 23 novembre, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, et il le continuera les mardis et samedis suivants. Il traitera cette année des « Affections de la prostate et de la vessie. »

École pratique. — « Introduction physique à l'électricité médicale avec ses applications thérapeutiques gynécologiques. » — M. le docteur Apostoli commencera son cours, le 17 novembre, à quatre heures, amphithéâtre n° 3, pour le continuer les mercredis suivants, à la même heure.

— Le docteur H. Picard commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, le samedi 20 novembre, à six heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

tion s'accentue davantage quand l'enfant pousse des cris; l'œil gauche, toujours ouvert, paraît agrandi, et sa conjonctive est injectée, rouge et recouverte de mucus. La narine gauche donne issue à une sécrétion exagérée d'un muco-pus épais qui obture en partie la cavité nasale de ce côté; le voile du palais lui-même est paralysé, la courbe de ses piliers est abaissée, la luette est un peu déviée vers la droite. Je ne vous dirai rien de la paralysie de la langue, qu'il est impossible ici d'étudier comme il convient.

J'ajoute que la cavité buccale est en fort mauvais état: les lèvres, les dents et les gencives sont fuligineuses, la langue est recouverte çà et là de muguet. Enfin, pour cette cause et peut-être aussi parce que la paralysie du voile du palais intervient pour sa part, la déglutition des aliments solides et liquides est à peu près impossible.

La tête est fléchie sur l'épaule gauche et la face tournée du côté droit par contracture permanente du sterno-mastoïdien gauche et du trapèze du même côté. Quelle que soit l'attitude de l'enfant, la tête reste fixée dans cette position, et tout essai de redressement détermine une vive douleur. L'oreille gauche laisse écouler un pus fétide qui a ulcéré tout le pourtour du conduit auditif externe et une partie du pavillon; la région mastoïdienne est douloureuse et empâtée, et les ganglions du cou du côté gauche sont volumineux. A tous ces symptômes s'ajoute un état de contracture permanente en demi-flexion des deux membres supérieurs; les doigts restent fortement fléchis dans la paume et les avant-bras sur les bras, qui sont écartés du tronc; les membres inférieurs sont également fléchis: le pied sur la jambe, la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le ventre. Enfin, une hyperesthésie généralisée, telle que le moindre attouchement provoque des cris, complète la symptomatologie de Capit. Toutefois, la respiration est régulière, le pouls est fréquent, petit, mais sans inégalité, il bat 95 fois par minute. La fièvre est presque nulle, le thermomètre marquant 37,6 le matin, 37,8 le soir, puis 37,8 le 18 novembre, et 38,5 le même jour, dans la soirée. Les urines sont normales, le cœur est sain, l'auscultation des poumons, difficile à pratiquer au milieu des cris de l'enfant, laisse entendre çà et là quelques râles disséminés.

Le lendemain de son entrée, 18 novembre, M. Boudet de Pâris pratiqua l'exploration électrique du facial; cette exploration fut négative, tant au courant faradique qu'au courant galvanique. C'est la preuve d'une destruction complète du facial. Quarante-huit heures après l'entrée de cet enfant, le 20 novembre, la température monta rapidement à 39 1/2; des mouvements convulsifs intermittents apparurent dans les membres, puis un état comateux, et enfin la mort, qui survint pendant la nuit.

L'autopsie, faite le 21 novembre, nous révéla la cause de tous ces phénomènes; le temporal a subi des altérations profondes telles qu'il est rare d'en rencontrer d'aussi étendues, d'aussi complètes. Toute la région mastoïdienne et presque tout le rocher sont détruits, transformés en une masse jaune, brunâtre et friable, où le stylet s'enfonce avec la plus grande aisance; la caisse n'existe plus, sa cavité est remplie de masses caséeuses et purulentes au milieu desquelles on ne trouve plus trace ni de membrane du tympan ni d'osselets. L'aqueduc de Fallope ouvert dans la caisse à sa partie antéro-inférieure est rempli des mêmes détritus, et dans ce point le nerf facial est complètement détruit. Au contraire, la partie supérieure de ce nerf, très reconnaissable dans sa portion crânienne, reste intacte dans la première partie de son trajet; le rocher, du côté de l'encéphale, est recouvert par des méninges qui n'ont subi aucune altération. La dure-mère est lisse, elle a sa coloration, son épaisseur et sa consistance physiologiques. Un stylet, enfoncé dans l'apophyse mastoïde, traverse obliquement toute la région des cellules mastoïdiennes, la caisse et le rocher, et vient soulever la dure-mère qui recouvre la face antérieure de ces os.

Par conséquent, il ne s'est produit aucune méningite par propagation, et la carie du temporal, quelle que profonde qu'elle soit, n'a donné aucune des manifestations de voisinage qu'elle produit quelquefois; les vaisseaux, les membranes, le cerveau, enfin, n'ont subi aucune altération de contiguïté. La calotte crânienne étant enlevée et les méninges incisées, une grande quantité de sérosité trouble et floconneuse, un quart de litre environ, s'échappe. L'examen des circonvolutions et des méninges est à peu près négatif du côté gauche, tant à la base qu'à la région externe et supérieure de l'encéphale. Partout, cependant, les veines sont un peu plus développées et la pie-mère un peu épaissie, trouble. Mais la scissure sylvienne droite est occupée par un exsudat jaunâtre, compacte, qui suit le trajet de l'artère sylvienne et s'enfonce avec elle entre les circonvolutions. Le pied de la circonvolution frontale ascendante et pariétale ascendante, la troisième circonvolution frontale, sont recouvertes du même exsudat. Les deux lèvres de la scissure de Sylvius sont tellement adhérentes qu'il faut déchirer la pulpe cérébrale pour les séparer et pour trouver, le long des vaisseaux et dans la profondeur de cette scissure, des granulations tuberculeuses très nombreuses. Dans tous ces points, le tissu des circonvolutions sous-jacentes est profondément altéré; il est mou, jaunâtre ou rosé par places, semé d'un pointillé hémorrhagique, et cette encéphalite s'étend jusqu'à la voûte du ventricule latéral, ramollie et diffluente. Ajoutons un détail complémentaire de l'autopsie en ce qui concerne le poumon droit, dont le sommet contient des cavernules disséminées çà et là, accompagnées d'une adénopathie tuberculeuse des ganglions du hile et de quelques granulations dans le rein et sur la rate.

Nous sommes en possession, messieurs, de tous les éléments nécessaires pour expliquer à merveille les symptômes par les lésions. Il convient toutefois de vous faire connaître le chemin par lequel j'ai passé avant d'arriver à l'autopsie, les hypothèses que j'ai faites et les explications que j'ai imaginées, les unes confirmées et les autres démenties par l'ouverture du cadavre. L'enchaînement des symptômes chez cet enfant, la série ascendante des accidents dont il avait été la victime, se rencontrent assez fréquemment pour que les points principaux du diagnostic aient été mis d'emblée hors de cause. Une maladie grave, fièvre typhoïde ou autre, suivie d'un écoulement purulent et prolongé de la caisse avec rotation de la tête et déviation conjuguée des yeux, terminée par les symptômes d'une méningite, nous autorisait à dire: 1° que la paralysie faciale était périphérique, c'est-à-dire due à une lésion du facial dans le canal de Fallope; la provenance tardive des accidents méningitiques me faisait enfin supposer que l'inflammation du rocher s'était propagée aux enveloppes du cerveau. Je crus d'abord que la suppuration de la caisse, si commune après la fièvre typhoïde, était la cause première de tout le mal et qu'elle avait successivement causé la carie du rocher et la méningite de voisinage. Les choses ne sont pas aussi simples qu'elles le paraissaient à première vue. M. le docteur Hermet,

que j'avais entretenu de ce fait et à qui j'avais soumis mes réflexions, me fit observer qu'un écoulement libre et abondant s'accordait mal avec une carie consécutive du rocher, du canal de Fallope et de la région mastoïdienne. Cet écoulement est au contraire la sauvegarde habituelle des malades atteints de suppuration de la caisse. Sans doute celle-ci peut à la longue se compliquer de lésions ossenses du voisinage, mais il lui faut de longs mois et même des années, ce qui n'avait pas lieu pour le jeune René Capit. Ici, la suppuration avait été suivie promptement de perforation de la membrane du tympan, et l'écoulement, d'autre part, n'avait duré que quatre mois, période insuffisante pour expliquer des lésions aussi étendues et aussi graves. Lorsque l'inflammation suppurative de la caisse fait suite à une fièvre éruptive ou à une fièvre typhoïde, plusieurs solutions peuvent intervenir. Le pus s'ouvre un chemin à travers la membrane du tympan qui se rompt : c'est le cas le plus commun et le plus heureux. L'abcès de la caisse peut encore se vider par la trompe, chose très rare et qui se comprend, vu l'exiguïté du calibre de la trompe dans sa portion osseuse. Le pus se fraye quelquefois un chemin à travers les cellules mastoïdiennes jusque sous la peau qui recouvre cette apophyse : c'était le cas de notre enfant où, presque en même temps, l'abcès mastoïdien et la rupture de la membrane s'étaient produits. Si, pour quelque motif, aucune de ces trois directions ne s'ouvre à l'évacuation du pus, la membrane osseuse continue ou quelquefois percée d'orifices qui sépare le conduit de Fallope de la caisse peut être partiellement détruite, le conduit de Fallope envahi et le nerf facial, comprimé, enflammé, détruit. Enfin, il peut encore arriver que la suppuration ouvre sa voie à travers la substance même du rocher, dans la région mastoïdienne le plus souvent, et peut-être quelquefois sur une autre face du rocher ; la dure-mère s'enflamme, se rompt, et soit un processus méningitique, soit un abcès du cerveau, peut en être la conséquence. Aucune de ces hypothèses ne paraissait probable dans le cas du jeune René Capit.

Aux yeux de M. Hermet, il était plus logique d'invoquer une lésion primitive du rocher, cause de tous les accidents, qu'une lésion primitive de la caisse et une carie consécutive. A l'autopsie, l'étendue même des lésions du temporal et la natnre de ces lésions, la coexistence de tubercules dans le cerveau, daue le poumon et les autres viscères, fit voir qu'il s'agissait en effet d'une tuberculose osseuse primitive du temporal ayant eu comme conséquence tous les accidents révélés par les symptômes : paralysie faciale, écoulement de l'oreille, abcès mastoïdien, etc. Il restait à interpréter pendant la vie la rotation de la tête avec déviation conjuguée des yeux. Ici, quelque fût l'ordre de succession du côté du temporal, l'hypothèse d'une méningite par propagation était la plus logique. Cette hypothèse fut la nôtre, et l'autopsie fit voir qu'elle était inexacte. En revanche, nous constatâmes la présence d'une méningite tuberculeuse très circonscrite à la scissure de Sylvius *droite* et aux circonvolutions voisines.

Vous savez que les centres de rotation du cou et de la tête décrits dans les expériences de Ferrier se rencontrent précisément dans ces points de la base du lobe frontal qui coiffent la scissure de Sylvius. Eh bien, les méninges et le tissu cérébral sous-jacent des troisième et quatrième circonvolutions frontales étaient profondément atteints. Nul doute que l'altération de ce centre des mouvements ne fût la cause du phénomène décrit par Vulpian.

Reste la question suivante : S'agissait-il, dans ce cas, de rotation et de déviation par paralysie ou par convulsions? Le malade avait nne déviation conjuguée à droite, et ses yeux *regardaient* sa lésion ; enfin cette lésion était corticale. Ceci s'accorde assez mal avec l'opinion émise par M. Grasset, que dans les lésious corticales le malade regarde sa lésion dans les déviations paralytiques et regarde dn côté opposé dans les déviations convulsives. Il se tronve qne, dans notre fait, l'inverse s'est exactement produit.

Il me semble que j'ai passé en revue devant vous toutes les circonstances cliniques et physiologiques de l'observation du petit Capit. Il me reste, en rapprochant ces deux faits qui viennent de nous servir, à tirer les conclusions qui s'en dégagent. Vous vons rappellerez :

1° que si la paralysie faciale complète est ordinairement périphérique, elle peut être quelquefois de cause centrale ;

2° Que l'exploration électro-physiologique est indispensable dans les cas douteux pour le diagnostic et le pronostic de la maladie.

3° Que les méningites par propagation après suppuration de la caisse ne sont pas toujours la cause des phénomènes cérébraux qui compliquent l'hémiplégie faciale, et qu'une cause plus générale, une tuberculose, etc., etc., en disséminant ces lésions, peut provoquer un tel complexus symptomatique que les probabilités les plus grandes peuvent se trouver démenties.

4° Enfin, vous retiendrez surtout que la paralysie faciale mérite d'être étudiée avec le plus grand soin et que tels phénomènes qui l'accompagnent peuvent prendre dans tel ou tel cas la première place, dans la hiérarchie des symptômes, pour établir un diagnostic et un pronostic précis.

CLINIQUE MÉDICALE

De la congestion rénale primitive et de sa pathogénie, par M. Albert Robin, médecin de l'hospice des Ménages.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III

Les lésions trouvées à l'autopsie de ce vieillard sont assez significatives pour servir de point de départ à *l'histoire anatomo-pathologique* de la congestion rénale à forme typhoïde.

L'autopsie, pratiquée trente-six heures après la mort, donna des résultats suivants :

Le *rein gauche* pèse 200 grammes ; il est très volumineux, très mou, et se laisse facilement déchirer. La capsule n'est point adhérente et s'enlève sans peine. La surface du rein est lisse, non granuleuse ; mais elle a une coloration violacée, sur le fond de laquelle les étoiles de Verheyen se dessinent en arborisations presque noires.

Ce qui domine à la coupe, c'est une congestion d'une extrême intensité qui donne à tont l'organe une couleur rouge sombre. La substance corticale violet-noirâtre, est parsemée de points et de tractus rouge vif, qui ont à l'œil nu l'apparence d'hémorrhagies interstitielles. En certains points, ces apparences hémorrhagiques forment comme des foyers sous forme de taches d'un rouge vif, dont la dimension varie d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois.

Les pyramides sont également le siège d'une énorme con-

gestion; leur coloration est d'un rouge beaucoup plus vif que celle de la substance corticale.

Le *bassinet* est couvert de vaisseaux flexueux et dilatés.

Le *rein droit,* qui pèse 195 grammes, présente absolument les mêmes altérations que le rein gauche. La *vessie* et le *canal de l'urèthre* sont absolument normaux.

Sauf quelques adhérences pleurales d'ancienne date du côté gauche, un peu d'emphysème et un peu de congestion hypostatique aux deux bases, les *poumons* ne présentent aucune altération qui mérite d'attirer l'attention.

Le *cœur* est absolument normal dans sa musculature et dans ses valvules. Il est plutôt petit, et sans trace de la surcharge graisseuse si commune à cet âge.

L'*aorte* est presque normale; à peine çà et là, sur sa face interne, quelques plaques gélatineuses avec une apparence comme plissée.

L'*estomac* est tout à fait sain. Dans le petit intestin, on remarque un peu de rougeur vers la fin de l'iléon. Le gros intestin est normal.

Le *foie* est volumineux, jaunâtre et mou; à la coupe, il graisse manifestement le couteau.

La *rate* est très grosse, lie de vin, et si diffluente qu'elle s'en va presque en bouillie lorsqu'on la met sur la table; des poussées anciennes de périsplénite ont épaissi sa capsule, qui est indurée et même cartilagineuse en certains points.

Les *centres nerveux* sont sains.

M. Ledoux-Lebard a bien voulu pratiquer, avec sa compétence très connue, l'*examen histologique des reins,* et il m'a remis la note ci jointe que je reproduis textuellement :

« A l'examen histologique des reins, on constate les lésions de la néphrite diffuse, lésions intéressant à la fois toutes les parties du rein : les tubes urinifères, le tissu interstitiel, les vaisseaux.

« 1o *Tubes urinifères.* — Le glomérule ne remplit pas la capsule de Bowmann ; il est visiblement rétracté, et dans cet intervalle, on voit des cellules dont les unes sont des cellules épithéliales desquamées, les autres des globules blancs. L'endothélium qui tapisse la surface interne de la capsule est tombé par places La lame de tissu conjonctif qui forme la capsule de Bowmann est épaissie. Rétraction du glomérule, desquamation cellulaire, épaississement de la capsule, telles sont donc les lésions de cette première portion de l'appareil sécréteur.

« 2o *Les tubes contournés* contiennent des cylindres hyalins. Sur des coupes, ces cylindres apparaissent avec l'aspect d'une substance homogène, faiblement colorée en rose par le picrocarmin. Les cellules épithéliales de ces tubes sont altérées. Bien que le mode de conservation du rein (solution de bichromate d'ammoniaque, puis alcool, gomme et alcool) ne permette pas d'apprécier aussi bien ces altérations épithéliales qu'après l'action de l'acide osmique, cependant on constate facilement que ces cellules n'ont plus leur aspect normal. Beaucoup sont détachées de leur surface d'implantation. Celles qui restent en place sont irrégulières ou incomplètes, comme si toute une portion de la cellule avait disparu et que la portion basale seule fût restée adhérente à la tunique propre du tube contourné.

« 3o Les *lésions du labyrinthe* sont accompagnées d'une *congestion intense des petits vaisseaux.* Il y a des ruptures vasculaires, et les globules sanguins sont infiltrés dans le tissu interstitiel. Dans la même région, il existe un petit abcès arrondi d'un millimètre de diamètre environ et dont le contenu s'est vidé ou a été enlevé par les manipulations. Mais les parois de la petite cavité sont encore recouvertes de globules de pus. Tout autour de cet abcès minuscule, le tissu est plus fortement congestionné encore avec des hémorrhagies interstitielles. On ne peut affirmer l'origine de cet abcès, mais il est possible qu'il ait débuté par un glomérule et que le pus ait rempli et distendu ensuite la capsule de Bowmann, car à la périphérie de la petite collection purulente, on trouve des fragments de bandes conjonctives qui rappellent, par leur aspect, une capsule de Bowmann enflammée et hypertrophiée.

« 4o Le *tissu interstitiel* est épaissi, et parmi les vaisseaux artériels qui le parcourent, plusieurs ont leurs parois manifestement sclérosées. Sur la coupe de certains d'entre eux, on voit des bandes élastiques sinueuses à disposition concentrique.

« En résumé, nous avons ici des lésions de néphrite diffuse de vieille date intéressant tous les éléments du tissu, et, de plus, une congestion vasculaire très intense, qui ne peut guère se concevoir autrement qu'en admettant une poussée congestive aiguë développée dans un rein déjà malade et atteint de néphrite diffuse chronique. »

Ce qu'il y a de tout à fait curieux dans cette histoire, c'est la latence absolue de cette néphrite diffuse qui devait exister depuis longtemps, à en juger par les résultats de l'examen histologique. Et cependant j'avais, à trois reprises différentes, examiné les urines du sujet, à l'occasion de petits troubles de sa santé, et jamais je n'y avais constaté quoi que ce fût d'anormal. Lui-même, chaque fois qu'il était venu réclamer mes soins, n'avait jamais présenté aucun symptôme qui attirât mon attention du côté d'une maladie des reins. En somme, il s'était accommodé à sa lésion rénale, et l'émonctoire, quoique altéré, suffisait aux éliminations.

Un jour, un coup de froid met en jeu les réflexes cutanés et viscéraux, et les reins se congestionnent comme les poumons. Et cette poussée congestive est d'autant plus intense dans les reins que ceux-ci constituaient des lieux de moindre résistance à raison des lésions antécédentes dont ils étaient le siège. Alors ces reins, dont le territoire resté sain pouvait encore excréter les déchets de la vie cellulaire, deviennent tout à coup insuffisants; les résidus organiques s'accumulent dans le sang et dans les tissus; la maladie prend une apparence infectieuse; le foie et la rate deviennent volumineux comme dans les affections typhoïdes. Puis les anciennes lésions rénales endormies reprennent une activité nouvelle à la faveur de cette congestion qui frappe tout l'organe; l'insuffisance croît et l'élimination diminue; tout conspire pour empêcher la décharge salutaire qui entraînerait au dehors les poisons organiques; l'auto-infection fait de rapides progrès, et après une courte défense, le malade succombe.

Toute cette évolution me paraît si claire, qu'il est inutile d'insister davantage.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Chirurgie pratique et pathologie chirurgicale

I. L'ÉNUCLÉATION INTRA-GLANDULAIRE DES NOYAUX GOÎTREUX, par le docteur G. GARRÉ, assistant du professeur SOCIN (de Bâle). — II. LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU GOÎTRE PAR LA

. LIGATURE DES ARTÈRES AFFÉRENTES, par WOELFLER (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1886, nos 29 et 30. — III. UN CAS DE MYXOEDÈME CONSÉCUTIF A L'EXTIRPATION DU CORPS THYROÏDE, par GORDON (*The Lancet*, 1886, n° 11). — IV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS DU CORPS THYROÏDE, par le docteur W. ZAPM (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XXIII, fasc. 3 et 4, 1886).

I. Depuis que les observations de Kocher (de Berne) ont attiré l'attention des chirurgiens sur la cachexie strumiprive, consécutive à l'extirpation totale du corps thyroïde, l'opportunité de cette opération dans les cas de goître ou de dégénérescence antre de cet organe est très discutée. On s'est préoccupé de trouver un procédé opératoire qui conduisît aux mêmes fins que l'extirpation totale, sans exposer le patient aux dangers d'une cachexie souvent mortelle. Baumgaertner, Wolff, Mickulicz, et tout récemment Socin et Wolfler, ont fait des tentatives dans cette voie. Nous allons faire connaître la technique opératoire imaginée par les deux chirurgiens en dernier lieu nommés.

Le procédé opératoire auquel s'est arrêté M. Socin n'est autre, en somme, que celui adopté par quelques chirurgiens (Julliard, Rottmann, Burckard, etc.), pour l'énucléation des tumeurs kystiques de la thyroïde, et qui a été employé une fois par M. Réverdin (REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE, 1883, nos 4 et 6) pour l'énucléation de nodosités goîtreuses. M. Socin ne s'attribue que le mérite d'avoir généralisé l'emploi de ce procédé opératoire pour l'extirpation des tumeurs goîtreuses non kystiques. Il insiste sur ce que, dans la plupart des cas de tumeurs goîtreuses qui nécessitent une intervention opératoire, *les parties dégénérées se présentent sous la forme de nodosités bien circonscrites, qu'une capsule plus ou moins épaisse isole de la zone ambiante de tissu sain* ayant conservé son activité fonctionnelle. Or, l'énucléation s'exécute sans grandes difficultés quand on tient compte de cette délimitation naturelle. La difficulté réside dans la recherche de ces capsules enveloppantes.

Ainsi, quand la nodosité goîtreuse siège à la superficie, la couche de tissu glandulaire qui la recouvre s'offre à l'œil sous l'aspect d'une membrane mince, souvent comme une feuille de papier, d'apparence conjonctive. Si l'on néglige de diviser cette membrane, si l'on dissèque le noyau goîtreux en dehors de la capsule, on s'aventure dans le tissu sain de la thyroïde, et si l'erreur n'est pas reconnue à temps, on en est réduit à entreprendre l'extirpation totale d'une moitié, quelquefois de l'ensemble, de la glande. C'est seulement en examinant après coup la préparation, qu'on reconnaît avoir enlevé en même temps que le foyer goîtreux une couche plus ou moins épaisse de tissu glandulaire sain.

Quand le noyau goîtreux est situé dans la profondeur, il faut se frayer un chemin jusqu'à lui, en incisant sur une épaisseur variable de un demi à deux centimètres le tissu glandulaire qui saigne abondamment; on arrête l'instrument tranchant sitôt qu'on arrive sur une capsule transparente, peu vasculaire. Celle-ci, une fois bien reconnue, il devient extrêmement facile d'énucléer le noyau goîtreux à l'aide d'un instrument mousse, voire que souvent les doigts suffisent à cette tâche. L'énucléation occasionne parfois une hémorrhagie assez abondante, mais exclusivement veineuse.

(1) Une description complète de ce procédé opératoire a été publiée par Burckard : *in* CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, 1884, p. 713.

Quand le noyau goîtreux siège dans un des lobes latéraux, il est rare qu'il soit entouré de toutes parts d'une couche également épaisse de tissu glandulaire; il va de soi que l'énucléation se fera le plus facilement lorsqu'on aborde le noyau goîtreux par le côté où cette couche ambiante offre le moins d'épaisseur (d'avant en arrière ou latéralement). Sur un même sujet, on réussit à énucléer à travers une seule on plusieurs incisions deux foyers goîtreux et davantage, sans intéresser des vaisseaux volumineux. Aussi arrive-t-on le plus souvent à tarir l'hémorrhagie par l'emploi de la seule compression. L'emploi de pinces hémostatiques ne devient nécessaire qu'autant qu'il a fallu, pour mettre à nu le foyer de dégénérescence, diviser une épaisse couche de tissu glandulaire. Après l'énucléation, on introduit un drain dans la capsule et on applique sur le reste quelques ligatures au catgut. On suture ensuite les lèvres de la plaie tégumentaire et musculaire.

Les avantages de ce procédé résident, d'après M. Socin, dans la facilité de l'exécution, dans l'innocuité de l'opération qui n'expose ni aux hémorrhagies abondantes, ni aux lésions du récurrent ou d'autres rameaux nerveux. Sur une cinquantaine d'énucléations pratiquées par le chirurgien de Bâle, il n'en compte aucune qui ait été compliquée de tétanie ou suivie de cachexie strumiprive. Au point de vue esthétique, ce procédé a donné également de meilleurs résultats que l'extirpation partielle ou totale, et cette dernière considération avait déterminé M. Socin à recourir à l'énucléation, dans des cas de goître, à une époque où il n'était point encore question de la cachexie strumiprive.

II. Après avoir rappelé les tentatives qui ont été faites dans ces derniers temps pour obvier au principal danger de l'extirpation totale du goître, de la cachexie strumiprive, WOELFLER s'occupe d'une façon spéciale du procédé opératoire, qui consiste dans la ligature des vaisseaux artériels de la thyroïde. Il consacre quelques développements à la partie historique de la question : Dès 1829, Muys avait proposé de recourir à la ligature de l'artère thyroïdienne supérieure, opération qui fut pratiquée, deux siècles plus tard, par Blizzard (1813) et par von Walker (1817). Ce dernier eût la satisfaction de sauver son malade; Blizzard vit succomber le sien. Dans la période qui suivit immédiatement cette tentative, la ligature de l'artère thyroïdienne supérieure fut pratiquée chez des goîtreux 31 fois. Résultats : amélioration dans 14 cas; dans les autres cas, mort par hémorrhagie secondaire, ou insuccès thérapeutique, imputables en grande partie à la manière défectueuse dont on entendait alors le traitement consécutif. Malgré l'appui de chirurgiens éminents, l'opération tomba en désuétude. On s'était demandé dans l'intervalle si, pour prévenir le danger des hémorrhagies secondaires, il n'y aurait pas avantage à lier simultanément les artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. C'est un chirurgien français, Porta (GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1850), qui, le premier, tenta cette double ligature, pour obtenir la guérison d'une « bronchocèle ». L'opération eût pour suite immédiate une inflammation phlegmoneuse compliquée d'hémorrhagies secondaires; mais le résultat final fut des plus satisfaisants. Neuf mois après l'opération, il ne subsistait plus de traces de la tumeur goîtreuse, qui avait atteint à un moment donné le volume d'une grosse orange. Pendant une période de trente-six années, cette tentative de la ligature simultanée des deux artères thyroïdiennes resta sans trouver d'imitateur. C'est seulement en 1885 qu'elle a été reprise

chez l'homme, par Wœlfler. Préalablement, le chirurgien de Vienne avait fait un certain nombre d'essais sur des chiens goîtreux,pour s'assurer de l'innocuité de cette double ligature. Le sujet sur lequel il la pratiqua ensuite, un ouvrier de vingt-neuf ans, était porteur d'un goître très volumineux, qni occasionnait une gêne respiratoire telle que le patient ne pouvait plus ni travailler ni dormir. La tumeur goîtreuse étant beaucoup plus volumineuse dans sa moitié droite, c'est de ce côté que fut pratiquée la double ligature. La dyspnée fut calmée instantanément, et le malade jugea inutile de se soumettre à la ligature des artères thyroïdiennes du côté gauche. Sept mois après, le volume du goître avait diminué de moitié.

A la suite de la relation de ce fait, Wœlfler développe les raisons, d'ordre anatomique, qui le portent à soutenir que la ligature isolée de l'une ou l'autre artère thyroïdienne est insuffisante pour obtenir la cure radicale d'une tumeur goîtreuse, que la ligature simultanée des deux artères thyroïdiennes, supérieure et inférieure, de chaque côté, ne comporte pas de dangers sérieux de gangrène, et que la ligature des artères est plus rationnelle que la ligature des veines thyroïdiennes, proposée par Coarter (1818). Enfin, pour des raisons d'ordre pratique, Wœlfler conseille de ne pas lier l'artère thyroïdienne inférieure au lieu d'éléction adopté par Langenbeck, mais près de l'endroit où le vaisseau s'incurve, ponr prendre nne direction presque horizontale après avoir suivi un trajet oblique. Ce point se trouve à peu près à la hauteur du tubercule carotidien (ou à un travers de doigt plus en dedans) et du cartilage thyroïde. Le manuel opératoire pour pratiquer la ligature de l'artère thyroïdienne en ce point est décrit par Wœlfler dans ses moindres détails.

III. Le sujet de l'observation de GORDON, une femme de vingt-neuf ans, avait été opéré onze années auparavant par Lister d'un goître (extirpation totale). A la suite de cette opération, la voix et l'extérieur de la femme avaient tellement changé que les personnages de son entourage ne la reconnaissaient plus : empâtement de la face, qui était devenue bleue; tuméfaction des paupières, qui avaient une teinte cireuse; lèvres épaissies, expression stupide de la figure, parole ralentie avec timbre nasal, démarche titubante. La sensibilité était émoussée aux doigts. La langue avait augmenté de volume au point que le matin, au réveil, elle portait l'impression des dents. Constipation opiniâtre, qui nécessitait l'emploi fréquent de purgatifs. Intelligence intacte. Menstruation régulière.

Il s'agit, en somme, d'un exemple de la cachexie strumiprive de Kocber, dont l'intérêt principal réside dans la persistance de la cachexie pendant une si longue période de temps.

IV. Une première observation de ZAHN se rapporte à un cas de *chondro-ostéo-sarcome de la glande thyroïde avec fibres musculaires embryonnaires striés et cellules pigmentaires*, chez un nouveau-né. La tumeur, du volume d'un poing d'adulte, s'étendait depuis le menton de l'enfant jusqu'au sternum Un examen microscopique très minutieux révéla la présence de cellules arrondies semblables à celles qu'on trouve dans les sarcomes médullaires ; des îlots de tissu cartilagineux infiltraient le néoplasme,à la périphérie duquel se voyaient des boyaux de cellules embryonnaires et des fibres musculaires striées.

Un second fait est relatif à un exemple de *chondro-ostéo-sarcome de la glande thyroïde et du poumon* chez un chien. La tumeur thyroïdienne avait le volume d'une tête d'adulte et se décomposait en trois parties, une, supérieure, implantée sur la paroi antérieure du larynx, deux autres, inférieures et latérales, situées de chaque côté de la trachée. Le néoplasme était constitué principalement par du cartilage en partie calcifié, en partie non calcifié,et par des restes de tissu grandulaire. Le poumon contenait des foyers les uns blanchâtres, les autres rouges, constitués par des cellules arrondies ou fusiformes; des noyaux plus volumineux et plus anciens renfermaient en outre du tissu cartilagineux hyalin et ostéoïde. D'où Zahn conclut que ce dernier dérivait des éléments cellulaires du tissu sarcomateux. Il s'agissait, en somme, d'une tumeur mixte acquise, non congénitale, de la thyroïde, avec foyers métastatiques dans les poumons, fait unique en son genre, au dire de Zahn.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX RÉCENTS SUR L'HYGIÈNE.

Cultivé de part et d'autre avec une ardeur tous les jours croissante, le vaste territoire de l'hygiène commence à porter des fruits, fruits différents suivant les hommes qui coopèrent à ce travail et suivant aussi la parcelle de terrain exploitée. Les uns, plus préoccupés de la science, poursuivent l'étude des conditions étiologiques qui provoquent ou propagent les maladies; d'autres appliquent à notre vie industrielle ou administrative les notions acquises par les recherches purement scientifiques.

I. Les études d'hygiène publique, que M. le docteur Auguste Ollivier (1) a commencé de publier, rattachent essentiellement l'auteur aux hygiénistes de la première catégorie. Ici, en effet, nous nous trouvons en face d'un vrai médecin, qui a cherché à élucider les conditions de production et surtout les modes de dissémination d'un certain nombre de maladies contagieuses ou franchement épidémiques pour arriver à indiquer les moyens de s'en préserver ou d'en restreindre les développements.

Le volume de M. Ollivier est en majeure partie composé de rapports faits au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. L'auteur est de ceux qui pensent qu'il « n'était possible d'arriver au progrès qu'en suivant avec rigueur la méthode expérimentale, qu'en essayant, non pas de devancer les faits, mais de les réunir, de les grouper et d'en tirer tous les enseignements qu'ils sont susceptibles de fournir au point de vue pratique ». Car tous les jours, dans l'hygiène, le sentiment perd du terrain ; et, ajouterons-nous avec M. Ollivier, chaque quart de siècle, en améliorant nos méthodes, en augmentant le nombre des faits acquis, nous rapproche de cette impassibilité qui proscrit les découragements et les enthousiasmes et ne rêve point de deviner la nature, mais la force à nous dévoiler ses secrets.

Dans son volume, M. Ollivier passe successivement en revue, étudie et approfondit les questions suivantes : 1o La contagion

(1) *Etudes d'hygiène publique*, un vol. in-8 de 200 pages. Paris, G. Steinheil, éditeur, 1886.

de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux; 2° l'influence de la diphtérie sur la grossesse; 3° la propagation de la diphtérie à Paris et les mesures qu'il faut prendre pour l'enrayer; 4° la rougeole à Paris, ses progrès incessants, sa mortalité et la nécessité de mesures prophylactiques. Vient ensuite : 5° la relation de deux épidémies de varicelle. On trouvera aussi dans ce volume une note sur la contagiosité de la tuberculose pulmonaire chez les enfants, note suivie d'un travail des plus sérieux et des plus complets sur la tuberculose à Paris, et sa prophylaxie.

Enfin, en dehors d'un rapport sur la scarlatine dans les hôpitaux d'enfants à Paris, nous signalerons dans ce livre, plus important qu'il n'est volumineux, un travail très intéressant sur la contagiosité et sur le contage des oreillons. M. Ollivier a constaté chez les individus atteints de cette dernière affection la présence d'un micrococcus spécial décrit antérieurement par MM. Capitan et Charrin, et qui se trouve aussi bien dans la salive que dans le sang et les urines. M. Ollivier conclut son étude des oreillons en disant que : « Le rôle du médecin est d'employer pour les prévenir tous les moyens dont il dispose. »

Continuons donc, ajoute-t-il, à isoler nos petits malades, non pas seulement tant que la fluxion parotidienne persiste, mais encore après elle; car l'urine et la salive contiennent des éléments spécifiques pendant un certain temps après la disparition des symptômes morbides. »

Ce livre peut et doit avoir une grande portée, car s'il renferme quelques communications à l'*Académie de médecine* (de laquelle on n'attend pas habituellement une sanction administrative), la presque totalité des chapitres reproduit, ainsi que nous l'avons déjà dit, des rapports faits au Conseil d'hygiène. Aussi peut-on espérer que l'on ne tardera pas à isoler les malades atteints de maladies contagieuses surtout dans les hôpitaux d'enfants (à la rue de Sèvres, les rubéoliques sont placés encore aujourd'hui à côté des autres malades). Pour la tuberculose, les dangers de contagion sont peut-être encore plus grands, en raison de la fréquence et surtout de la gravité de cette affection. Et cependant, dirons-nous avec M. Ollivier « nous vivons avec elle sans le moindre souci des ravages qu'elle fait parmi nous, sans prendre aucune précaution pour nous en garantir; elle ne cause pas de panique comme le choléra, parce qu'elle frappe à bas bruit, lentement, et cependant elle fait de bien plus nombreuses victimes que cette maladie : elle tue chaque année, à Paris, bien plus de 10,000 individus! La question de la tuberculose intéresse donc au plus haut degré l'hygiène publique. »

On ne saurait rester sourd à cet appel. Voilà pourquoi le livre de M. Ollivier est mieux qu'un excellent recueil de travaux sérieusement étudiés. C'est aussi une bonne action.

II. Je pourrais en dire autant de la deuxième édition du livre que M. G. Morache a consacré à l'hygiène militaire (1). En un temps où tout homme est soldat dans la meilleure période de sa vie, ce livre prend une grande importance. Il a eu déjà du succès, il méritait ce succès; il en mérite aujourd'hui un plus grand encore. Non seulement tous les médecins militaires, mais aussi le moindre chef de corps devrait non pas simplement posséder ce volume, mais surtout le lire, le relire, et se souvenir, pour les appliquer, des excellents conseils qui y fourmillent. On éviterait probablement alors les nombreuses critiques, presque toujours d'ailleurs faites à la sourdine, qui accusent notre organisation militaire actuelle de surmener les hommes que la loi oblige à revêtir pour vingt-huit jours l'uniforme militaire. Cet entraînement peut avoir sa raison d'être en temps de guerre, et, en pareille occurence, aucun patriote ne songerait à s'en plaindre. Lorsqu'on a devant soi un but établi, un devoir qui s'impose, personne n'ose protester. Mais harasser les hommes sous prétexte de les aguerrir et ne réussir qu'à les rendre malades, cela ne fait en quelque sorte que dégoûter du service militaire les réservistes fourbus. Fièvres typhoïdes, dysentéries, insolations, voilà ce qu'on trouve par trop souvent durant les quatre semaines passées sous les armes.

Que de questions intéressent notre armée au point de vue hygiénique, depuis le mode de recrutement et de répartition dans les diverses armes, depuis l'habillement et l'équipement, jusqu'à l'habitation tantôt permanente dans des casernes qui ne sont, hélas! fréquemment que des foyers d'infection, tantôt passagère dans les villes ou les places de guerre, ou encore en dehors des villes (campements et bivouacs); depuis l'alimentation jusqu'aux exercices auxquels les soldats sont astreints tant durant les périodes de paix dans les villes de garnison et dans les grandes manœuvres qu'en temps de guerre. L'œuvre de M. Morache est une œuvre patriotique : elle montre à côté de ce que fait la France pour ses défenseurs, ce qu'ont réalisé les autres pays pour leurs soldats. Et nous n'avons pas le droit d'être fiers. Que l'on compare la mortalité de nos troupes à celles des armées étrangères et rivales, et l'on n'aura pas de peine à constater combien d'améliorations nous avons à entreprendre, combien de réformes à exécuter, de *desiderata* à combler.

Mise au courant des progrès de l'hygiène générale et en rapport avec les derniers règlements qui ont réorganisé notre armée, la nouvelle édition du consciencieux traité de M. Morache mérite de grands éloges. Les critiques de détail que nous pourrions lui adresser doivent disparaître ou s'effacer plutôt que de se noyer dans les compliments que nous devons à ce beau travail.

Vouloir d'ailleurs essayer de faire une analyse de ce gros volume après le compte rendu magistral qu'une plume plus compétente que la mienne, celle de M. Jules Arnould, en a fait ici même à propos de la première édition (1), serait chose fastidieuse. Il est des livres que l'on signale, mais qu'on ne saurait résumer.

III. Le docteur Mischer Rusch (de Bâle) avait déjà appelé l'attention des législateurs sur l'importance de l'alimentation non seulement au point de vue de la mortalité, mais encore de la reproduction de l'espèce forte et vigoureuse. Cet auteur attribue, en effet, l'augmentation des cas d'exemption du service militaire en Suisse à l'exportation du fromage qui prive les habitants de ce pays d'un aliment azoté de premier ordre qu'ils remplacent par des pommes de terre, du café et de l'alcool.

Il résulte d'une note qui a été fournie à M. Angel Montagne (2) par le recrutement militaire de l'arrondissement du

(1) *Traité d'hygiène militaire*, 1 fort vol. in-8 de 924 pages avec 173 figures. Paris, 1886, J.-B. Baillière et fils.

(1) GAZETTE MÉDICALE de 1874, nos 24 et 25.

(2) *Contribution à l'étude de l'alimentation envisagée au point de vue physiologique, en particulier à l'hôpital et dans*

Havre que les exemptés ont atteint, pour l'année 1885 : au Havre, 36,08 % du nombre des inscrits ; à Doudeville et à Saint-Romain, qui sont les centres industriels de l'arrondissement, 46,90 et 47,13 %. Ce résultat dépendrait également d'une alimentation vicieuse et insuffisante. Aussi M. Angel Montagne, dans une thèse bourrée de documents, exprime-t-il le désir (sans vouloir, dit-il, faire du socialisme d'État) de voir pratiquer sur une échelle plus vaste ce que la ville de Paris a établi dans ses écoles, c'est-à-dire une sorte de cantine scolaire où l'enfant pauvre trouve, pour un prix modique, une alimentation saine et suffisante.

Il serait intéressant autant qu'utile de faire des recherches analogues à celles que M. Montagne a faites pour l'hôpital du Havre, sur le régime alimentaire des hôpitaux, des prisons, des maisons d'aliénés, etc., de toute la France, et de comparer ces régimes entre eux. L'auteur pense qu'on reconnaîtrait facilement qu'ils varient beaucoup dans leur valeur nutritive, et qu'il ressortirait de cet examen que les autorités publiques n'accordent pas une attention suffisante aux principes dont on doit toujours s'inspirer dans la fixation du régime alimentaire des établissements publics, surtout quand il s'agit des hôpitaux.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

les établissements de bienfaisance de la ville du Havre, thèse de Paris, 1885.

REVUE DES THÈSES

Etude sur un cas d'épanchement sanguin traumatique de l'abdomen, par E. Debrigode. — Th. de Paris, 1886.

Le présent travail n'a pour base qu'une seule observation prise à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Gillette : un homme, pesamment chargé, fait une chute sur l'angle d'un trottoir; il pâlit, perd connaissance, et peu à peu tout rentre dans l'ordre. Les fonctions s'exécutent bien, il n'y a pas de fièvre; il persiste seulement de la douleur à l'hypogastre. Mais un épanchement intra-péritonéal se produit, augmentant tous les jours, au point qu'une ponction exploratrice et du coup curative, devient nécessaire. Après l'évacuation de 4,600 gr. de sérosité et de sang, la sécrétion reste en effet bel et bien tarie. La guérison se maintient.

Voilà tout ce que nous apprend la relation de ce cas. Sans doute, l'auteur fait preuve de beaucoup de jugement dans la discussion à laquelle il se livre pour savoir quel organe a été lésé ; mais tout ceci n'est que gymnastique intellectuelle, qu'exercice de diagnostic différentiel arrivant à des probabilités et laissant le lecteur dans l'incertitude.

Ch. Amat.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

La mortalité dans la première enfance. — Les Bulletins de statistique enregistrent régulièrement des chiffres de décès dans la première enfance, qui montrent que la cause de mortalité la plus active, à cet âge, est la diarrhée infantile, gastro-entérite ou athrepsie.

La courbe s'élève graduellement avec la température pour atteindre en été un chiffre trois à quatre fois supérieur à celui de la saison d'hiver. Dans la dernière semaine du mois d'août, le nombre des décès a été de 205, à Paris, ce qui représente le cinquième environ du total des décès pour la population de la capitale.

La répartition des cas, d'après le mode d'élevage, montre que les enfants au biberon et autrement sont frappés dans la proportion des deux tiers ; encore y a-t-il lieu de faire les réserves les plus formelles dans cette évaluation, car l'allaitement au sein est, le plus souvent, si incomplet qu'il mérite à peine d'être ainsi qualifié.

En définitive, c'est à une alimentation pernicieuse qu'est due cette mortalité effrayante et vraiment désastreuse. Les recherches récentes du docteur Victor Vaughan, professeur de physiologie à l'Université de Michigan, sont de nature à porter la lumière dans cette question si intéressante. Le savant professeur américain a découvert dans le lait une ptomaïne qu'il a nommée *Tyrotoxion*, qui, d'après lui, serait due au développement de micro-organismes dans la fermentation lactique. Le savant physiologiste a cherché à établir une relation entre la symptomatologie de l'empoisonnement par l'ingestion du « Tyrotoxion » et la symptomatologie du choléra infantile. Il en résulte que la première indication, dans le traitement de cette dernière affection, sera de proscrire le lait, même très pur, à cause de la fermentation successive qu'il peut subir dans le tube gastro-intestinal, surtout dans la période des chaleurs, où ces fermentations sont les plus actives.

Mais par quoi remplacer le lait? Nous savons combien la plupart des préparations alimentaires usitées sont défectueuses et quelle incertitude règne dans l'esprit des médecins, aussi bien que du public, pour le choix d'un aliment sain et suffisant. Aussi ne saurait-on prendre en assez grande considération certaines farines alimentaires que leur composition et les résultats qu'elles ont donnés à des expérimentateurs judicieux et sincères recommandent à tous les praticiens. La farine Morton, au gruau d'avoine, se place au premier rang de ces aliments de choix.

Les analyses qui en ont été faites, notamment sous la direction de M. le docteur E. Bouchut, et qui ont été publiées maintes fois, montrent, avec évidence, que les matériaux de nutrition s'y trouvent réunis dans les plus justes proportions.

Les essais réitérés qui en ont été faits à l'hôpital des Enfants et dans la pratique civile indiquent que la farine Morton est un aliment complet dont les effets cliniques sont en concordance parfaite avec les données de la physiologie et de l'analyse.

Dr Achenne.

NOTES & INFORMATIONS

Une fête intime. — Mardi dernier, les amis et élèves de M. Pozzi ont offert un banquet à notre confrère, à l'occasion de sa récente nomination dans la légion d'honneur. Le nombre des invitations avait été restreint, et une soixantaine de convives prenaient place dans l'un des salons de l'hôtel Continental. La petite fête était présidée par M. Verneuil qui, au dessert, a porté à son ancien élève le toast suivant :

Si tout n'est pas rose dans la vie, tout non plus n'est pas noir, car il y a aussi des jours bleus, ceux par exemple où l'on goûte les joies pures de l'amitié.

Aujourd'hui, ce me semble, est un de ces jours ; nous sommes tous heureux de fêter un sympathique ami qui, je suppose, est fort heureux lui-même de nous voir à ses côtés.

Tous ceux qui sont assis à cette table sont sincères, puisque personne n'était forcé d'y venir. Il n'y a donc ici que des pensées affectueuses, et l'air est pur des microbes et des miasmes de l'envie ou de la haine.

L'amitié est un sentiment essentiellement égalitaire, car le plus petit, le plus humble, en peut donner ou recevoir autant que le

plus grand et le plus fort; pour moi, je sais que j'en possède une très forte dose pour mon cher disciple et ami.

Je suis donc tout joyeux d'applaudir à son succès d'aujourd'hui, succès qui non seulement récompense une carrière scientifique qui, bien que courte, a déjà de l'éclat, mais paie aussi la dette de reconnaissance des chirurgiens français pour la peine qu'a prise M. Pozzi depuis deux ans, en organisant et en assurant le succès du Congrès de chirurgie française.

Je bois donc au jeune chevalier, à notre secrétaire général, actif, aimable et dévoué, qui a rendu un véritable service à la science et à la patrie.

A ce toast, vivement applaudi, M. Pozzi a répondu, non sans une forte émotion :

Cher maître, jadis, au temps de la chevalerie, il était d'usage, pour armer un nouveau chevalier, qu'il choisît parmi ses aînés le plus vaillant, le plus estimé, le plus aimé. Les organisateurs de ce banquet ont répondu au vœu secret de mon cœur en vous priant de présider cette fête et de me donner l'accolade. Pardonnez-moi de ne pas vous en dire davantage; l'émotion que je ressens m'ôte tout autre pouvoir que celui de vous remercier.

Après le maître et l'ami, la parole revenait aux élèves; c'est M. Pfender, interne provisoire à l'hôpital temporaire Pascal, qui a été l'excellent interprète de ses camarades. Puis M. le docteur Landowski, membre de la Société d'anthropologie, a porté un toast où il a fait allusion à la mémoire de Broca, dont M. Pozzi a été l'élève.

Rien n'est charmant comme une fête où tous les cœurs battent à l'unisson. Les amis de M. Pozzi garderont non moins que lui le meilleur souvenir de celle de mardi dernier.

— Protestation des agrégés contre la situation qui leur est faite par les décrets du 30 juillet dernier. — Les agrégés, réunis en assemblée générale, ont adressé la protestation suivante au ministre de l'instruction publique :

Monsieur le ministre,

Les décrets du 30 juillet modifient la situation acquise depuis huit ans aux agrégés de la Faculté de médecine de Paris. Ils suppriment purement et simplement la rétribution bien modeste qu'ils recevaient pour leur participation à l'enseignement. Les agrégés pensent qu'il y a quelque injustice à vouloir réaliser à leurs dépens des économies que ne légitiment ni la modicité de leur traitement ni la valeur des services qu'ils ont conscience d'avoir rendus et de pouvoir rendre encore à la Faculté. Réunis en assemblée générale, ils prennent la liberté, monsieur le ministre, de vous adresser leurs respectueuses protestations.

Suivent les signatures de :

MM. Ballet, Blanchard, Brissaud: Brun, Budin, Campenon, Chauffard, Déjerine, Guebhard, Hallopeau, Hanot, Hanriot, Hutinel, Joffroy, Maigrier, Peyrot, Pinard, Poirier, Pouchet, Quenu, Quinquaud, Raymond, Reclus, Rémy, Rendu, Reynier, Ribemont, Richelot, Robin, Schwartz, Terrillon, Troissier.

Etaient absents :

MM. Bouilly, Debove, Humbert, Jalaguier, Kirmisson, Landouzy, Ch. Richet, Second, Straus, Villejean.

Les conférences instituées par les nouveaux décrets ne sont, en définitive, avec la rétribution en moins, que les cours auxiliaires ou complémentaires que ces mêmes décrets suppriment. On a lieu d'être surpris, au moment où l'on s'impose tant de sacrifices pour l'enseignement primaire, de voir chercher des économies aux dépens de l'enseignement supérieur, et il est permis de se demander, indépendamment de toute autre considération, si c'est là vraiment de la bonne politique.

— Mortalité par la rage en Suède. — La statistique suivante, reproduite par plusieurs recueils, ne manque pas d'intérêt au moment où s'agite la question de la rage à l'Académie de médecine.

Depuis 1776 jusqu'à l'année actuelle, c'est-à-dire pendant une période de 110 ans, la moyenne annuelle décès par rage a été en Suède :

1776-1785	8.5	1836-1845	1.1
1786-1795	10.2	1846-1855	1.6
1796-1805	8.7	1856-1865	2.2
1806-1815	6.2	1866-1875	0.5
1816-1825	7 0	1876-1885	0.0
1826-1835	2.7		

On voit cette moyenne diminuer progressivement et descendre à zéro. Le dernier cas de mort par rage constaté officiellement en Suède remonte à 1870.

A quoi attribuer ce résultat? Nons l'ignorons; mais il serait intéressant de le rechercher pour réaliser, si c'était possible, dans les autres pays, les conditions qui ont produit en Suède des effets si heureux.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Dans sa dernière réunion, l'assemblée des professeurs a émis un vote favorable : 1o à la demande de M. Peter d'échanger sa chaire de pathologie interne contre celle de clinique médicale, devenue vacante par suite de la mise à la retraite pour limite d'âge de M. le professeur Hardy; 2o à la déclaration de vacance des chaires d'anatomie et de physique, dont les titulaires ont été mis récemment à la retraite pour limitr d'âge, et de pathologie interne, par suite de la permutation de M. le professeur Peter.

Par suite de la retraite de M. Hardy, M. le professeur Potain passe de l'hôpital Necker, où il sera remplacé par M. Peter, à l'hôpital de la Charité.

— M. le docteur Béclard, professeur de physiologie, est nommé doyen de la Faculté pour une nouvelle période de trois années, à dater du 18 novembre 1886.

Conférences. — La Faculté, réunie en conseil, conformément à l'article 3 du décret du 30 juillet 1886, et après en avoir délibéré, a décidé que les conférences suivantes, destinées à compléter son enseignement, seront organisées de la manière suivante pendant le semestre d'hiver 1886-87.

M. Hutinel : Maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire ; lundi, mercredi et vendredi, à cinq heures (amphithéâtre Laënnec).

M. Richelot : Maladies chirurgiceles des os et des articulations, des vaisseaux, des nerfs, de la peau et du tissu cellulaire, des muscles et des tendons; lundi, mercredi et vendredi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

M. Hanriot : chimie minérale; mardi, jeudi et samedi, à huit heures du matin (Ecole pratique. rue Vauquelin).

M. Blanchard (Raphaël) : Zoologie médicale; mardi, jeudi et samedi, à deux heures (grand amphithéâtre).

M. Richet (Charles) : Digestion, absorption, sécrétions, nutrition; physiologie des muscles; lundi, mercredi et vendredi, à quatre heures (grand amphithéâtre).

M. Budin : grossesse normale ; accouchement naturel ; opérations obstétricales ; mardi, jeudi et samedi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

— CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX A LA SALPÊTRIÈRE. — Professeur : M. Charcot.

Les conférences du mardi ont commencé le 2 novembre ; la leçon du lundi a commencé le 15 novembre.

Sont seuls admis, sur présentation de leur carte, les étudiants de quatrième année et ceux ayant seize inscriptions.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 7 AU SAMEDI 13 NOVEMBRE 1886

Fièvre typhoïde 21.—Variole 3 — Rougeole 18.— Scarlatine 6. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 19 — Choléra 0. — Dysentérie 0 — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aigué) 27. — Phthisie pulmonaire 214. — Autres tuberculoses 19. — Autres affections générales 61 — Malformation et débilité des âges extrêmes 53. — Bronchite aiguë 32 — Pneumonie 61. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 43. — au sein et mixte 25 — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 85. — de l'appareil circulatoire 50. — de l'appareil respiratoire 75. — de l'appareil digestif 46 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 7 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28.— Causes non classées 14. — Total de la semaine : 959 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

« Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques. » — *Sur le traitement de la phthisie pulmonaire*, par les docteurs A. Filleau et Léon Petit. Un volume in-8 de 75 pages.— Prix : 2 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etudes sur Chandernagor (Géographie, topographie, climatologie, ethnographie, pathologie et hygiène) ; par le docteur P. Fras, médecin de la marine, officier d'Académie. Un volume grand in-8 de 125 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Spiritisme (Fakirisme occidental), par le docteur Paul Gibier, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-18 de 400 p., avec figures dans le texte. — Prix : 4 fr. — Paris, libr. O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 49 4 DECEMBRE 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 35, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Lettres à M. le docteur F. DE RANSE, *directeur de la* GAZETTE MÉDICALE, *sur la théorie du microzyma et le système microbien.*

SIXIÈME LETTRE.

SOMMAIRE. — Les germes de l'air et les granulations moléculaires. — Les molécules organiques de Buffon : point d'histoire à fixer. — Les microzymas de l'atmosphère et l'acide phénique. — Les microzymas des roches et du sol. — Résumé concernant l'inaltérabilité spontanée des matières organiques. — Evolution vibrionienne des microzymas atmosphériques, etc. — Comment ont été découverts les microzymas des matières organisées. — Les molécules organiques, les granulations moléculaires, les microzymas et une assertion de M. Pasteur. — Les microzymas et les microcoques. — Conclusion.

Masevaux (Alsace), le 4 octobre 1886.

Monsieur,

Contrairement à ce que l'on croyait, le sucre, préalablement dissous dans l'eau, ne s'intervertit pas spontanément. Les moisissures, qui y naissent au contact de l'air, sont bien la cause immédiate, effective, de sa transformation dans les deux glucoses composant le sucre interverti : l'oxygène de l'air y est absolument étranger.

C'est de ce fait simple, dont le résultat est susceptible d'être représenté par une équation chimique d'ordre élémentaire, qu'il faut partir si l'on veut avoir la clé et la solution des difficultés et des problèmes qui s'agitent entre les microbistes et moi. C'est en l'étendiant sous toutes ses faces, que je suis parvenu à me faire l'idée nette de ce que sont ces germes de l'air dont on parlait et parle encore sans les connaître, disant que ce sont des objets invisibles. C'est en en déduisant et développant les conséquences que j'ai pu découvrir à la fois la nature de ce que l'on appelait *les granulations moléculaires*, la cause réelle de l'altération spontanée des matières organisées, et fournir enfin la solution définitive de la question des générations spontanées.

Je n'ai pas encore été assez heureux pour convaincre un certain nombre de savants de la vérité des explications qui découlent de l'étude attentive de ce fait. Voilà pourquoi j'y reviens, afin d'en mieux mettre les conséquences en évidence.

Et si j'insiste, comme je vais le faire, sur cette expérience, c'est que, importante par elle-même, elle a pour la première fois permis de définir avec précision la cause de l'altération de la matière simplement organique, en fournissant une base solide à la véritable théorie de la nutrition, et, en outre, parce qu'elle me permettra de fixer un point d'histoire au sujet de la querelle soulevée par M. Pasteur, concernant les *molécules organiques* de Buffon, les *granulations moléculaires* des auteurs et les microzymas.

Une démonstration directe n'ayant pas suffi pour faire admettre les microzymas comme classe à part d'êtres organisés

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Décembre.

Mort de Paul Bert. — Les méfaits de la politique. — Le secret médical en face du mariage. — Les médecins devant les compagnies d'assurances sur la vie. — Vogue du jeûne prolongé. — Une statue à Palfyn. — Mort de Pierre Feisesc.

La physiologie est en deuil : Paul Bert est mort. Cependant la politique semble vouloir monopoliser la somme des regrets que la disparition d'un homme aussi bien doué doit inspirer à tous les Français. Mais je ne suis pas de ceux-là qui approuvent cette espèce d'exil scientifique auquel Paul Bert s'était de lui-même condamné en se laissant attirer, entraîner, disons plus, accaparer et absorber presque complètement par la poliuque. La politique, cette chimère, cette sirène pour quelques-uns, mais pour tous cette sorte d'ogresse tyrannique et avide ! La politique, qui fait tant de tort à la science en saisissant et en retenant dans ses filets de séductrice un trop grand nombre d'esprits qui semblaient voués à ce sublime sacerdoce de la recherche et du culte de la vérité, de l'extension de nos connaissances, de l'amélioration de notre état social par des conquêtes faites non sur un parti, mais sur la nature ellemême. Le vaste empire de la nature a-t-il donc moins d'attraits, et n'est-il pas plus puissant que les régimes éphémères qui asservissent durant quelques années ou simplement dirigent un peuple ? Par chacun des secrets qu'on arrache à l'*alma parens rerum*, ne fait-on pas une conquête plus durable, plus fructueuse, et définitivement plus utile que les grandes victoires d'un pays sur un autre ? Ces conquêtes pacifiques servent, en effet, à l'humanité tout entière, et ne constituent pas le bénéfice passager d'une nation ou d'un parti.

Ah ! combien est funeste l'influence de la politique sur beaucoup de médecins ! Car pour eux, elle est une enchanteresse si exigeante et à la fois si stérile que l'on compterait sans peine le nombre de ses amants qui ont eu assez d'indépendance ou d'ampleur intellectuelle pour ne pas se fondre, ou mieux s'éteindre sous sa domination despotique. Cherchez bien dans nos Parlements :

vivants, avec le rôle et les fonctions que je leur ai assignés parce qu'ile leur appartiennent, il est indispensable de montrer encore une fois — à cause de la querelle soulevée par M. Pasteur — comment les microzymas ont été découverts et comment de cette découverte s'est dégagée la connaissance exacte de la vraie nature de ces *granulations moléculaires* que tout le monde, y compris M. Pasteur, avait regardées comme sane signification, en supposant toutefois qu'on leur eût, jusqu'alore, accordé quelque attention. Nous verrons ensuite comment, non seulement les expériences antérieures des auteurs, qui se sont occupés de l'altération des matières organiquee on de génération spontanée, mais les plus récentes de M. Pasteur et des autres microbistes, démontrent à leur manière l'existence des microzymas et ne s'expliquent pas sans eux.

Je reviens donc aux moisissures développées dane l'eau sucrée.

Dans ma dernière lettre j'en ai parlé comme de végétaux cryptogamiques microscopiques. Mais, dans certaines expériences, parmi le grand nombre de celles que j'ai tentées, indépendamment de ces moisissures à mycélium, je découvrais souvent de véritables cellules et, en outre, des formes très ténues, visibles seulement sous de très puissants grossissements; il arrivait même quelquefois, l'*interversion du sucre se produisant*, que ces formes très ténues étaient seules présentes. Ces productions très ténues, que je ne savais àquoi comparer — car, alors, je ne connaissaie pas les granulations moléculaires — je les ai englobées, sous l'appellation de *petits corps*, parmi les moisissures, parce que, les voyant douées d'activité chimique transformatrice, je les considérais comme organisées et vivantes. Certainement, si je n'avais pas été possédé par l'idée, par le principe si l'on veut, qu'*à toute transformation chimique il faut une cause*, je les aurais méconnues, admettant que, dans ce cas particulier, l'interversion du sucre avait été spontanée. Ces *petits corps* étaient ce que plus tard j'ai appelé les *microzymas*; maie, encore une fois, je ne songeai pas un instant qu'ils fussent ce qu'on appelait les *granulations moléculaires*.

Je le répète, dans certaines de mes expériences, je ne parvenais pas à découvrir autre chose que ces *petits corps*; et c'est seulement en vertu de mon principe que je leur ai hardiment attribué l'organisation avec la vie et l'activité chimique qui m'expliquait la transformation du sucre. Mais ce n'était pas assez : il s'agissait de savoir s'ile existaient tels quels dans l'air ordinaire, ou s'ils avaient pour origine des germes invisibles. Je n'eue de repos que je ne les eusse découverts dans l'air et démontré que, par eux-mêmes, ils sont capables d'intervertir le sucre de l'eau sucrée. Voici comment j'y suis parvenu :

J'ai dit, d'une part, que la créosote (ou l'acide phénique) empêche, à dose faible, mais suffisante, la transformation du sucre de canne en sucre interverti, en empêchant la naissance des moisissures; et, d'autre part, qu'à la même dose ces agents n'empêchent pas les moisissures déjà développées d'opérer l'interversion. J'ai conclu de ces deux faits qu'en faisant barboter un volume considérable d'air ordinaire dans l'eau sucrée convenablement phéniquée, les petits corps, s'ils préexistaient dans notre atmosphère, seraient retenus dans la solution en y conservant leur forme, et que, peut-être, le sucre se transformerait. C'est, en effet, ce qui eut lieu.

Je me suis servi pour cela d'un appareil qui me permettait de ne laisser arriver dans mes liqueurs que les particules les plus ténues des poussières de l'air d'un jardin assez éloigné de la rue d'une grande ville. En faisant passer ainsi, bulle à bulle, environ 3000 litres d'air dans 100 cc. d'eau sucrée phéniquée à 10 pour cent de sucre, celle-ci retint, en effet, un nombre innombrable de formes semblables à celles que j'avais appelées *petits corps*, et le sucre, au bout de quelque temps, se trouva en partie interverti.

Le problème était résolu : les *petits corps* existent vraiment dans notre atmosphère, et, quand il y en a une quantité suffisante, malgré la présence de l'agent antiseptique, ils peuvent intervertir le sucre de canne en conservant leur aspect; c'est là un fait important, sur lequel je rappellerai votre attention. Oui, il faudra se souvenir que, grâce à l'acide phénique, ils conservent presque indéfiniment leur forme et que des moisissures à mycélium n'apparaissent point.

Mais si, sur ce point, le problème était résolu, j'étais fort embarrassé pour les classer et les nommer, car ils ne répondaient à rien de ce que je connaissais comme réputé organisé et vivant. Cet embarras, et certaines observations qu'il serait trop long de rapporter, me poussaient à les rechercher non seulement dans les poussières atmosphériques, mais dans les eaux, dans la terre, dans la craie, dans des roches calcaires

---

combien d'hommes dilapident, ruinent et voient disparaître leur valeur scientifique ! combien de fruits secs, qui avaient promis d'être si savoureux ! Que de forces perdues en somme au service de ces moulins à vent de la politique !

*
* *

Paul Bert ne s'était pas contenté de ce que j'appelais tout à l'heure un exil scientifique, si incomplet fût-il. Ayant fini par se livrer tout entier à la politique, il a couru au devant d'un exil plus réel. Il se voua de lui-même à une expatriation hélas définitive ! car ce n'est en effet que son cadavre que les flots nous ramènent de l'Indo-Chine. Est-ce bien le moment de juger celui que la science regrette ? Ses funérailles ne sont pas encore accomplies. Il est convenable d'attendre quelques semaines encore pour essayer de formuler une appréciation consciencieuse d'une carrière aussi tourmentée. Aujourd'hui, tenons-nous en au deuil du physiologiste éminent et du chaleureux patriote.

*
* *

La question du secret médical est décidément à l'ordre du jour. Les journaux même mondains consacrent leur Premier-Paris à discuter les opinions émises par M. Brouardel dans son récent petit volume et, à qui mieux mieux, ils se récrient dans leur morale prudhommesque sur la conduite du médecin qui, sachant que M. X..., son client, est syphilitique, laisse s'accomplir un mariage sans prévenir les parents de la mariée. Eh bien! quoi ? Le médecin n'est nullement coupable ; à moins qu'il ne soit le complice de son client. Mais tout médecin est de par sa profession un homme qui connaît ses devoirs. Et le premier de ses devoirs est de défendre le mariage à un malade qui lui demande un conseil. Mais si c'est le père de la fiancée qui vient questionner le médecin sur l'état sanitaire d'un de ses clients, il ne saurait y avoir aucun doute. Le médecin doit éconduire le questionneur indiscret. Seulement il a appris, même très indirectement, que M. X... va se marier, il doit aller trouver son client et lui exposer les conséquences de sa conduite ; il doit lui interdire formellement le mariage s'il pense que la syphilis est encore transmissible. Devant la persistance du futur à ne pas suivre ses prescriptions, il doit le renier comme son client et le considérer comme un misérable, comme un malfaiteur, comme un criminel, et ne pas hésiter à le traiter en conséquence.

diverses, dans les argiles et les marnes, dans le vin, où Cagniard de Latour les avait déjà aperçus, mais les avait abandonnés, faute de pouvoir en déterminer la nature, etc. Or, les ayant partout découverts avec les mêmes caractères microscopiques, et leur ayant reconnu quelque activité chimique, plus ou moins comparable à celle des moisissures que j'avais — ce qui était fort nouveau alors — considérées comme des ferments, je les nommai *microzymas*, puisque, en réalité, ils sont les plus petits des ferments organisés.

Pendant que je faisais les observations dont je parle et que j'étudiais les microzymas de ces diverses provenances, je constatais deux faits également importants. Le *premier*, c'est que les matières organiques, c'est-à-dire les principes immédiats les plus divers : empois de fécule additionné ou non de carbonate de chaux pur ; d'autres composés analogues à la fécule ; les albumines de l'œuf ou du sang, isolées et pures ; le blanc d'œuf lui-même, la gelée de gélatine, des mélanges de ces divers albuminoïdes avec du sucre ; des infusions de levûre sucrées ou non, délayées ou dissoutes dans l'eau et additionnées d'acide phénique à dose suffisante, mais non coagulantes, peuvent être conservées inaltérés au contact de l'air dans des vases de verre fermée par un simple opercule de papier. Il n'y apparaît alors ni moisissure, ni vibrionien, ou autre ferment quelconque, sauf de forts rares microzymas mis dans l'impossibilité d'évoluer et d'agir. Et, quand je parle de conservation, il ne s'agit pas d'un fait vague et mal déterminé, comme se faisander ou acquérir quelque odeur, mais d'inaltérabilité absolue, avec conservation de l'ensemble des propriétés de la substance ou du mélange étudié. Bref, à l'abri des germes de l'air, ou malgré ces germes, quand il y a de l'acide phénique en présence, la conservation inaltérée des principes immédiats est la règle : l'action de l'oxygène de l'air, en l'absence des ferments organisés, microzymas ou autres, appropriés, est comme si elle était nulle.

Pour ne plus avoir à y revenir, concluons donc qu'il faut absolument rayer de la science cette vieille erreur de l'altérabilité spontanée de la matière simplement organique, ou de l'influence de l'oxygène comme *primum movens* de l'altération ou de la fermentation. Les matières albuminoïdes elles-mêmes, malgré la complexité si grande de leur composition et constitution chimique où les atomes entrent par centaines et les molécules incomplexes en grand nombre, sont, à cet égard, quoiqu'on pense le contraire, les plus inaltérables des matières organiques qui entrent dans la composition de nos tissus.

Le *second* fait important que ces études ont révélé et mis en lumière, c'est que les microzymas de l'air ordinaire, ceux de la craie et d'autres roches calcaires, ceux de la terre, etc., lorsqu'on les introduit dans certains milieux non préalablement phéniqués ou qui ne l'ont pas été au degré convenable, y deviennent vibrioniens. C'est notamment dans l'empois de fécule mêlé de carbonate de chaux pur et additionné de quelque matière albuminoïde que l'évolution se fait le plus aisément.

La découverte de ce second fait résolvait un problème de premier ordre, celui concernant l'origine des vibrioniens, dont Pouchet sommait en vain M. Pasteur de lui montrer les germes dans l'air.

C'est seulement après avoir constaté qu'il était si facile d'empêcher l'altération des solutions de matières albuminoïdes, par la créosote, que j'ai pensé qu'il serait sans doute aussi aisé de conserver le lait par le même moyen. Or, il se trouva que, malgré l'addition d'une quantité de l'agent antiseptique qui empêche l'interversion du sucre et la putréfaction d'une solution d'albumine, ou la liquéfaction et la putréfaction d'une gelée de gélatine, le lait se cailla.

Pourquoi la créosote et l'acide phénique, dans ces conditions, n'empêchent-ils pas l'altération du lait?

C'est pour répondre à cette question que j'ai, à mon tour, étudié un fait qui avait exercé la sagacité de tant de savants et, en dernier lieu, de M. Pasteur. Or, l'étude microscopique très attentive du lait frais, au moment de la traite, m'y fit reconnaître, outre les globules classiques, une foule de *petits* corps absolument semblables à ceux que j'avais vus dans l'eau sucrée après l'interversion, dans l'air et dans la craie, etc., etc. Avant de dire que c'étaient là des microzymas, j'ai soumis à un examen aussi attentif le lait phéniqué qui s'était caillé. Ma surprise fut extrême de trouver que les petits corps avaient en partie disparu et qu'à leur place il y avait des bactéries.

A. BÉCHAMP.

(A suivre.)

Si M. X...ne tient nul compte de pareilles observations et de telles épithètes, le médecin n'a plus rien à ajouter, car il ne saurait faire que de malhonnête personnage son client devienne le modèle de toutes les vertus. Il lui reste cependant encore une ressource. Si les parents de la future viennent le questionner, le médecin, se cantonnant toujours derrière le secret professionnel pour excuser son silence, aura le droit de dire aux intéressés que s'ils ont quelque soupçon sur leur futur gendre, ils n'ont qu'à exiger de lui la présentation d'un certificat de son médecin sur son aptitude au mariage. On voit donc que, tout en restant strictement fidèle au secret professionnel, un médecin intelligent empêchera toute union dangereuse, à moins que l'on n'ait affaire au plus roué des scélérats, et dans ce cas le médecin n'y peut rien ; il n'est pas en son pouvoir de rendre sain ce qui est irrévocablement mauvais.

Donc, nous devons approuver M. Brouardel d'avoir si bien fait ressortir aux yeux des membres de notre corporation la nécessité et les exigences d'une discrétion absolue, que beaucoup d'excellents cœurs, parmi ceux qui battent dans la poitrine de tous nos confrères, ont trop de tendance à oublier et à négliger.

***

En revanche, où M. Brouardel me paraît vouloir par trop étendre les limites du secret professionnel, c'est en *matière d'assurances sur la vie*, car il nous semble que tout médecin a le droit, sans enfreindre le secret professionnel, d'examiner une personne au nom d'une Compagnie d'assurances, cette personne fût-elle un client. Mais ceci, à une condition expresse, c'est que la Compagnie adoptera la méthode suivie par la plupart, sinon par toutes les Compagnies d'assurances. En effet, on ne demande généralement au médecin chargé de faire un certificat d'assurances que de répondre à un certain nombre de questions imprimées et qui sont ainsi formulées ou à peu près : auscultation du thorax, auscultation du cœur, percussion de la poitrine, résultats de l'examen de l'abdomen. — Y a-t-il des hernies, des hémorrhoïdes, de l'hypertrophie du foie, des varices, de l'obésité, etc.? En ce cas, le médecin devient et n'est autre chose qu'un inspecteur, qu'un examinateur. Quant aux maladies antérieures, ce n'est pas au médecin qu'il revient d'en faire mention, mais bien au futur assuré lui-même qui doit, avant tout examen du docteur, écrire une réponse en face de chacune des questions qui lui sont posées dans une

CORRESPONDANCE MÉDICALE

SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.

Les médications adoptées pour le traitement de la plupart des maladies épidémiques changent constamment et suivent les progrès de nos connaissances théoriques. Il n'y a que les faits positifs fournis par la clinique, c'est-à-dire les résultats de l'application de la théorie à la pratique qui restent malheureusement immuables, pour ainsi dire. Quelle que soit la méthode de traitement préconisée contre une maladie, la mortalité reste à peu près sensiblement la même. Aussi n'accueille-t-on de nos jours qu'avec une juste défiance tous les essais thérapeutiques qui sont seulement fondés sur le raisonnement.

J'ai une seule excuse à donner pour justifier le travail théorique que je livre à l'appréciation de la rédaction et des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, c'est l'intérêt immense qui s'attache à tout ce qui concerne le choléra.

Les études récentes sur le ou les microbes du choléra, et surtout les travaux de M. Gautier sur les ptomaïnes et les leucomaïnes ont produit une véritable révolution dans la pathogénie et par conséquent le traitement de cette maladie.

En effet, tandis qu'autrefois les efforts du médecin appelé près d'un cholérique tendaient à supprimer les évacuations alvines, à fluidifier le sang épaissi, à réchauffer l'organisme tout entier, deux autres indications nouvelles se présentent actuellement : éliminer ou détruire les microbes morbigènes et les ptomaïnes qu'ils produisent ou dont ils entravent la sortie hors de l'organisme. Si d'une part, en effet, le microbe cholérique produit au dépens de l'organisme des ptomaïnes, d'autre part l'expulsion des leucomaïnes normalement formées dans le corps est entravée par le fait même de la maladie.

La destruction des ptomaïnes d'une manière artificielle est-elle possible ? Nous trouverons la réponse dans la communication de M. Gautier à l'Académie de médecine du 19 janvier 1886.

M. Gautier admet que la fièvre détruit les ptomaïnes : « N'est-il pas permis, dit cet éminent physiologiste, de se demander encore si la fièvre elle-même, qui coïncide avec une consommation minimum d'aliments et une augmentation inversement proportionnelle dans l'acide carbonique éliminé et l'oxygène consommé, enfin une circulation plus rapide, n'aurait pas pour conséquence la destruction du poison qui s'est formé ou se forme surabondamment dans l'économie. »

Si l'on admet avec nous cette hypothèse, on s'explique à merveille l'insuccès notoire et presque constant de certains moyens employés contre le choléra.

La première indication, dans le traitement du choléra, serait, d'après cela, de provoquer une fièvre artificielle pour amener la destruction des ptomaïnes. Cette indication est remplie soit par les injections intra-veineuses d'eau chaude pure ou saline, soit par les bains de vapeur. Je parlerai plus loin de la saignée et des inhalations d'oxygène. Or, tous les cliniciens qui ont, depuis Magendie jusqu'à M. Hayem, préconisé les injections intra-veineuses, ont échoué presque toujours, et cela, simplement parce qu'ils retardaient l'opération jusqu'à une période où elle ne pouvait plus avoir d'action, à cause de l'état du sang et des tissus. Pour les bains de vapeur, il en est absolument de même, ainsi que l'avait fait ressortir Semmola : il faut ne pas attendre jusqu'à la période algide, si on veut en retirer de bons effets.

Les émissions sanguines, ainsi qu'on le sait, produisent tout d'abord une augmentation de la température ; lorsqu'elles étaient modérément employées, elles devaient être utiles, au moins momentanément, et leur usage était rationnel, en ce sens que, pour tirer du sang, on ne pouvait attendre le moment où les vaisseaux de la périphérie sont contracturés.

L'oxygène en inhalations est aussi utile en activant les combustions en général, et par conséquent en brûlant les ptomaïnes et les leucomaïnes anormalement accumulées dans l'organisme.

C'est encore dans la première période qu'on peut obéir à l'autre indication, qui est d'éliminer le microbe. C'est ce qu'on ne fait pas en s'efforçant à tout prix de supprimer les évacuations alvines et stomacales. Jadis, on procédait autrement, et la première potion que recevait le malade, c'était une solution de sulfate de soude. Nous profiterons de l'hospitalité qui nous est accordée pour faire connaître un fait qui nous paraît digne d'être connu.

J'ai appris récemment qu'en 1832 un médecin allemand avait recommandé contre le choléra l'amidon qu'il donnait exclusivement, à la dose d'une cuillerée à bouche pour les adultes

---

feuille qu'il doit remplir et signer sous les yeux du médecin chargé de l'examiner. Ici donc le candidat à l'assurance est seul à faire ses déclarations. Le médecin, en signant après le récipiendaire, ne fait qu'affirmer que le candidat a écrit en sa présence les réponses aux questions posées. Mais pour ce qui est du questionnaire auquel le médecin répond lui-même, il ne saurait y avoir matière à indiscrétion, sauf pour un médecin par trop verbeux ou volontairement indiscret.

***

Après Tanner, nous avions eu Succi, après le jeûne de Succi à Milan, nous avons le jeûne de Succi à Paris, puis le jeûne de Merlatti, jeûne de cinquante jours, pas moins. Et le public se passionne à ces expériences déplorables, à ces tours de force aventureux, sinon homicides. Je dis homicide et non pas suicide ; car, par un exemple malsain, on ne fait pas de tort qu'à soi-même, on risque de faire passer à d'autres le désir de tenter d'aussi absurdes, ineptes, ridicules, inutiles, idiotes, oiseuses et toujours périlleuses expériences. Et cependant le public se passionne..., — et la loi tolère.

Sans doute les jeûneurs ne nuisent qu'à eux-mêmes. Et ils en ont le droit. Mais qu'ils ne nous encombrent pas de leur personnalité, qu'on les empêche de communiquer leurs folles fantaisies à un public qui ne demande qu'à satisfaire ses besoins d'alimentation. En un mot, que la presse devienne plus raisonnable et ne se fasse pas l'écho dangereux et par contre le complice de semblables témérités. Voilà ce que nous réclamerions volontiers. Que les émules de Tanner conservent le droit à l'inanition volontaire ! Mais qu'ils l'exercent dans le silence.

***

La Société médicale de Courtrai a pris l'initiative d'un projet de statue à élever à Jean Palfyn, né dans cette ville en 1650. Courtrai, en effet, peut être fière d'avoir donné naissance à cet investigateur acharné, à cet anatomiste passionné, qui, pour arriver à poursuivre par la dissection l'étude du corps humain, allait arracher à leur tombe les cadavres accumulés dans les cimetières par l'épidémie de peste qui ravagea les Flandres en 1666. Surpris, Palfyn prit la fuite, se réfugia à Gand chez un médecin, puis passa à Paris, et, en 1708, il obtenait la place de lecteur de chirurgie et d'anatomie à l'École de Gand. C'est dans cette ville que Palfyn mourut le

et d'une cuillerée à café chez les enfants. Il était guidé par des idées théoriques concernant les hydrocarbures et fort bizarres d'ailleurs. Quoi qu'il en soit de ce remède, l'auteur, dont j'ai oublié le nom, prétendait avoir réussi le plus souvent, et il citait un nombre de cas de guérison fort respectable. Je me demande si, théoriquement, on ne serait pas fondé à reprendre ces essais.

Koch, ayant montré que le bacille en virgule prospère sur la fécule, on pourrait craindre la pullulation de cet être malfaisant, à la suite de l'ingestion de fécule ou d'amidon. Je crois, au contraire, qu'on favoriserait ainsi la sortie du microbe, lequel serait *mécaniquement* détaché des parois intestinales, puis enrobé et finalement expulsé. Au besoin, on pourrait adjoindre de l'acide salicylique, à raison de 0 gr.50 par cuillerée à bouche d'amidon. Délayer le tout dans assez d'eau pour former une bouillie de l'épaisseur acceptée par le malade.

Pour résumer ce qui précède, ce ne serait que dans la première période du choléra que l'on pourrait satisfaire aux indications rationnelles curatives; plus tard, il n'y a plus que des indications symptomatiques.

Nous ne pouvons nous empêcher de comparer, pour terminer, le traitement du choléra, au point de vue théorique, avec celui de l'urémie et de sa préface, le mal de Bright. Ici aussi, les remèdes les plus efficaces ont été : les bains de vapeur, la saignée, les purgatifs, l'oxygène.

Dr Szerlecki,

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Cancer de l'utérus chez une VIII pare de 45 ans, enceinte de 7 mois. — Mort par lymphangite péritonéale. — Opération césarienne une heure après la mort de la femme. — Insuccès — Autopsie. — Observation recueillie par M. Berthod, interne de la Maternité.

Rose Y., femme Bam., VIII pare, entre à la Maternité le 21 mai 1886.

Pas d'antécédents héréditaires.

Le 26 septembre 1884, âgée de 43 ans, elle est entrée une première fois à la Maternité, et voici les renseignements que nous extrayons des registres de la maison.

Réglée à 13 ans, depuis elle l'a toujours été régulièrement et abondamment; elle a eu 6 enfants; 3 garçons et 3 filles, tous nés vivants, et spontanément par le sommet. Les dernières règles datent du 25-30 octobre 1883. Pendant sa grossesse, elle s'est plainte de gastralgie et de crampes aux membres inférieurs. A la fin de la gestation, elle a perdu un peu de sang. L'accouchement se termina spontanément, le 22 septembre, à 1 heure 20, par l'expulsion, après 3 heures 20 de travail, d'un enfant à terme (fille de 3950 gr.) qui s'était présenté en O I D A. La délivrance naturelle eut lieu un quart d'heure après l'accouchement et se termina par l'expulsion d'un placenta de 600 grammes, ne présentant rien d'anormal.

Les suites de couches furent normales et 6 jours après son accouchement, Y. quittait la Maternité avec sa fille, toutes deux en bonne santé. Mais l'utérus restait élevé (11 cent. au-dessus du pubis); le col, quoique reformé, présentait sur toute sa circonférence, sauf à droite, de profondes déchirures. — M. Marchand porta le diagnostic d'*épithélioma utérin* et donna à la malade le vif conseil de revenir à la Maternité pour se faire opérer.

Quoi qu'il en soit, elle nous revenait le 21 mai 1886, dans l'état suivant.

Facies cachectique. La malade a eu en ces derniers temps des hémorrhagies assez abondantes; elle se plaint, en outre, de pertes séro-sanguines odorantes en quantité très considérable. Etat général assez mauvais; presque pas d'appétit; rien au cœur ni aux poumons; pas d'albumine dans les urines.

L'utérus très volumineux, comme à 7 mois, atteint, dépasse même l'ombilic; on sent une tête dans l'excavation.

Le foyer maximum est à gauche et en arrière.

Au toucher, le col est dur, fongueux, ulcéré par place, et, derrière sa paroi postérieure très indurée, on sent une tumeur dure, volumineuse, résistante, qui est la tête du fœtus.

Diagnostic. — Grossesse de 7 mois environ, chez une femme atteinte de cancer de l'utérus.

Néanmoins le diagnostic reste hésitant pendant quelque temps, à cause de la forme de la tête, qui simule, à s'y méprendre, un myome de la paroi postérieure de l'utérus, et l'erreur avait en réalité été commise. Néanmoins, un examen attentif et répété, aussi bien que l'existence des commémoratifs permet de l'asseoir d'une façon définitive; la malade fut soumise au repos, et dut se faire tous les jours 4 injections de sublimé à 1/2000°.

Pendant 4 jours l'état resta sensiblement le même; la malade allait toujours s'alimentant un peu, quand tout à coup, le soir du 4° jour et sans cause appréciable, elle fut prise d'un frisson, de fièvre (39°5) avec douleurs vives dans le ventre, très sensible à la

---

21 avril 1730. Ah! combien la Belgique a raison d'honorer ses gloires!

***

En France, à peine trouve-t-on signalée dans nos journaux de médecine la mort (à 85 ans) du docteur Foissac, un homme méritant quand même et des plus laborieux, qui, à des travaux presque initiateurs sur la climatologie, avait ajouté de nombreuses études philosophiques et médicales. Instruit, intelligent, consciencieux, écrivain correct, Foissac était beaucoup plus lettré que bon nombre de nos praticiens les plus courus. Il n'était pas académicien. En revanche, il avait été adjoint au maire du Ier arrondissement de 1835 à 1848. Sa mort est passée inaperçue. Et cependant son nom vivra peut-être plus longtemps que celui de M. X... ou du professeur Y... à réputation plus bruyante, mais de moins bon aloi.

Dr Peter-Paul Somans.

(1) Né à Albert (Lot) en 1801, Pierre Foissac avait passé sa thèse à Paris en 1825 (sur le magnétisme animal).

École de médecine d'Alger. — M. Ducruzel, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale et chef des travaux chimiques, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de chimie.

***

Société d'Anthropologie de Paris. — La troisième conférence Broca aura lieu le jeudi 9 décembre, à 4 heures du soir, dans la salle des séances de la Société. Le conférencier, M. le docteur E. T. Hamy, parlera sur les *races humaines de la vallée du Nil.*

Cette conférence sera suivie de la lecture du rapport de M. Chudzinski au nom de la commission chargée de décerner le prix P. Broca.

Voici le bureau de la Société pour l'année 1887 :

Président, M. Magitot; 1er vice-président, M. Pozzi; 2e vice-président, M. Mathias Duval; secrétaire général, M. Letourneau; secrétaire adjoint, M. Hervé; secrétaires annuels, MM. Manouvrier, Fauvelle; conservateur des collections, M. Chudzinski; archiviste, M. Dally; trésorier, M. de Ranse.

Commission de publication : MM. Dureau, Lagneau, Thulié.

palpation mais non ballonné. Un traitement approprié fut institué. Néanmoins les phénomènes péritonéaux s'accentuèrent, la température s'éleva. En même temps la femme accusait une dyspnée assez intense pour nécessiter la station assise dans un fauteuil, sans qu'on trouvât de signes pulmonaires objectifs suffisant à l'expliquer, et finalement, elle succomba le 1er juin, à quatre heures du matin.

L'interne de service appelé immédiatement, pratiqua l'opération césarienne, une heure après la mort, sans succès et ne réussit qu'à avoir un enfant mort, du terme de 7 mois environ, et présentant déjà même une plaque de macération au niveau de la jambe droite.

Le placenta, extrait immédiatement, ne présente rien de particulier.

L'autopsie fut faite 26 heures après la mort, et donna les résultats suivants :

L'utérus était envahi par le cancer (epithelioma) de telle façon que tout le segment inférieur était dégénéré. L'orifice utérin encore entier et admettant l'extrémité de l'index à peine, était entouré d'une véritable collerette de tissu induré, fongueux et ramolli, ulcéré de place en place. Il n'existait pas trace de corps fibreux au niveau de l'utérus.

Le vagin, au niveau du cul-de-sac postérieur et de sa paroi postérieure, est envahi par le néoplasme qui se prolonge jusque dans l'épaisseur des ligaments larges. Au niveau de ceux-ci, le péritoine est rouge, enflammé. Cet état du péritoine pelvien se prolonge jusqu'au-dessous de l'ombilic; les ganglions ilio-lombaires sont volumineux, dégénérés.

Rien de particulier d'ailleurs à noter dans les autres viscères abdominaux, non plus que le cœur et les poumons.

En résumé : péritonite congestive de nature septique et d'origine lymphatique, à la suite de l'irruption dans la séreuse de matériaux septiques venus de la tumeur ulcérée, matériaux qu'une irritation légère, peut-être le seul toucher, avait mobilisés et répandus dans la grande séreuse abdominale.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie

Suite. — Voir le précédent numéro.

VII. SUR UN NOUVEAU MICROCOQUE INTERVENANT COMME AGENT PATHOGÈNE DANS LE DÉVELOPPEMENT DES TUMEURS INFECTIEUSES. SES RELATIONS AVEC LA PNEUMONIE, par le docteur MANFREDI. Recherches faites dans le laboratoire du professeur Cantani, de Naples (*Fortschritte der Medicin*, 1886, nº 22, p. 113, avec planches chromo-lithographiées). — VIII. NOUVELLES CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DES MICROCOQUES DE LA PNEUMONIE FIBRINEUSE FRANCHE, par le professeur A. FRÆNKEL (*Zeitschrift für klinische Medicin*, t. XI, 1886, fasc. 5 et 6, p. 437). — IX. STREPTOCOCCUS DANS UN CAS DE PNEUMONIE SECONDAIRE DÉVELOPPÉE DANS LE COURS D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE, par H. NEUMANN (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1886, nos 26 et 27). — X. SUR UNE INFECTION SECONDAIRE AYANT EU POUR PORTE D'ENTRÉE DES ULCÉRATIONS TYPHIQUES DE L'INTESTIN, par E. SENGER (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1886, nº 4, p. 56). — XI. RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES SUR LA PNEUMONIE ET LES MÉTASTASES PNEUMONIQUES, par le même (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak.*, t. XX, fasc. 5 et 6, p. 389).

VII. MANFREDI a fait des recherches dans le but de connaître l'agent pathogène de la pneumonie morbilleuse, à l'occasion de deux cas de rougeole compliquée de pneumonie, en traitement l'un dans le service du professeur Cantani (de Naples), l'autre dans une clinique privée. Les deux malades ont succombé, et il a été impossible d'obtenir l'autorisation d'autopsier leurs cadavres. Manfredi a donc été réduit à utiliser pour ses recherches bactériologiques, la sécrétion salivaire, la sécrétion lacrymale et le produit du râclage de la peau. Voici en quels termes il a résumé les résultats de ses recherches :

Dans les deux cas, les crachats renfermaient, et cela d'une façon constante, indépendamment des pneumococcus de Friedlænder, un microcoque spécifique, doué de propriétés pathogènes extrêmement prononcées, auquel l'auteur a donné le nom de « *microcoque des lymphomes ou des granulomes progressifs* » développés dans le corps des animaux. Outre ces granulomes, ce microcoque, inoculé à des animaux, détermine dans les poumons des lésions particulières, analogues à celles de la pneumonie.

A défaut d'examen nécroscopique chez l'homme et vu le petit nombre des observations sur lesquelles se basent ces recherches, il n'est pas encore possible de préciser le rôle que ce microcoque spécifique joue dans la pathogénie de la pneumonie secondaire morbilleuse. Il paraît vraisemblable d'admettre que celle-ci est le produit d'une infection mixte.

Ce microcoque a une forme ovoïde, se présente souvent à l'état de diplocoque, mesure environ 0,5 μ. Il se développe plus ou moins bien dans tous les milieux de culture habituellement en usage ; la végétation des cultures est très rapide quand on laisse accès à l'air, et inversement.

Sur de la gélatine très consistante, milieu dans lequel on obtient des cultures typiques, les colonies se présentent sous l'aspect de disques, d'abord grêles et de teinte blene, plus tard épaisses et de couleur gris perle, avec bords excavés et presque toujours reflet nacré à la surface.

La végétation et la multiplication de ce microcoque entraînent une raréfaction très marquée du milieu de culture. En étudiant l'influence de la température et de la dessiccation sur les cultures, on a constaté que le développement de ce microcoque se fait sous deux formes distinctes, l'une transitoire, l'autre beaucoup plus durable. Les éléments qui se rattachent à la première forme prédominent comme nombre.

Des expériences d'inoculation ont été faites sur des chiens, des lapins, des cobayes, des souris et des oiseaux. A l'exception de ces derniers, qui succombent, à ce qu'il semble, à une intoxication du sang, toutes les autres espèces ont présenté une seule et même forme de manifestations pathologiques, mais qui revêtait son expression la plus typique chez les lapins et les cobayes. Sur un total de 80 animaux utilisés pour ces expériences, 4 seulement se sont montrés réfractaires ou ont échappé aux conséquences mortelles de ces inoculations.

Le microcoque en question possède un pouvoir infectieux très prononcé, qui retentit sur les appareils par la voie desquels le virus est inoculé, y compris l'appareil respiratoire. D'autre part, cette virulence est douée d'une capacité de résistance tout à fait remarquable. Elle persiste dans des cultures datant de plusieurs mois; elle résiste aux passages successifs à travers l'organisme animal, ainsi que le prouvent les inoculations en série pratiquées sur des animaux ; elle résiste de même à la dessiccation poussée à un degré assez marqué.

Les animaux inoculés succombent en moyenne du septième

au douzième jour. On trouve à leur antopsie une tuméfaction énorme des organee parenchymateux, principalement de la rate et des ganglions lymphatiques; en outre, lee organes tuméfiés sont parsemés de nodoeitée grises on d'un gris jaunâtre. Indépendamment de ces nodosités, on trouve dans les poumons les lésions caractéristiques d'une pneumonie plus on moins intense, qui va jusqu'à l'hépatisation, celà même qnand l'inoculation a été pratiqnée dans le tissn cellulaire sonscutané. Ces nodosités se rattachent an type des granulomes ou des tumeurs infectiensee à granulations. Ce sont des foyers de cellules néoformées, qui ne renferment pas d'éléments vasculaires dans leur masse. Le plus sonvent, ces petites tumeurs sont disposées en forme de nodosités; assez souvent, elles forment des groupes diseéminés à travers les organes. Ellee finiesent en général par être frappées de caséification; celle-ci suit une marche très aiguë et débute par le centre. Ces granulomes renferment dans leur masse des microcoqnes spécifiques; ils sont infectieux.

Le nouveau micrococque mène le plus souvent une existence intra-cellulaire, et son action pathogène consiste à provoquer la nécrose caséeuse du protoplaema de la cellule. Plus rarement, on le rencontre hors des éléments cellulaires, et tout à fait exceptionnellement dans des vaisseaux. Dans les foyers de dégénérescence et de nécrose qu'il accumule autour de lui, le microcoque n'est pas frappé de mort, car son existence se concilie avec une grande raréfaction ou dilution des matériaux nutritifs nécessaires à son entretien.

La forme fondamentale de la nodosité inflammatoire se combine dans les différents organes avec des altérations qui résultent de la réaction ou de la dégénérescence du tissu ambiant. C'est ce qui se voit surtout dans les poumons, où les nodosités sont enclavées dans un tissu tuméfié et splénisé par places, et plus ou moins hépatieé.

L'action pathogène de ce echizomycète s'exerce principalement dans le système lymphatique, qui représente à la fois la porte d'entrée de l'infection et le milieu le plus favorable au développement de l'agent infectieux. Quand on inocule ce dernier dans le tissu cellulaire sous cntané, il se forme, au siége de l'inoculation, une nodosité qui prend souvent des dimensions extraordinaires et qui est constituée par un exeudat plastique en voie de caséification. C'est dans cette nodosité, devenue le centre d'une violente inflammation, que les cellules lymphoïdes se laissent pénétrer par les microcoques, pour delà les transporter dans les vaisseaux lymphatiques du voisinage. Le long de ces vaisseaux, il se forme ensuite, dans le tissu cellulaire sous-cutané, des séries de petites nodosités inflammatoires disséminées.

Par la voie des vaisseaux lymphatiques, l'irritation gagne les chapelets ganglionnaires de l'aisselle et de l'aine; il se forme en ce point des tumeurs ganglionnaires multiples, qni souvent confluent; il peut se développer ainsi des tumeurs colossales. Les résultats des examens nécroscopiques démontrent d'ailleurs que les ganglions opposent une barrière momentanée à l'extension de l'infection. Celle-ci, après un temps d'arrêt, se propage dans les autres organes : en premier lieu, dans les ganglions lymphatiques profonds et dans la rate, puis dans le foie, dans les autres viscères abdominaux; en dernier lieu, dane lee organes thoraciques.

VIII. Fraenkel rappelle qn'il y a quelques mois, il a fait part à la Société de médecine de Berlin (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1886, n° 13, et Berliner klin. Wochenschrift, 1886, nos 22-24), d'une déconverte d'un certain intérêt. Dans un cas de méningite cérébro-spinale compliqnée de pneumonie, il a isolé de l'exsudat méningé, par la voie des cultures pures, un micro-organisme qne lni, Fraenkel, considère comme l'agent pathogène de la pneumonie fibrineuse (voir Gazette médicale de Paris, 1886, n° 26, p. 305). Depuis lors, il a en l'occasion de répéter cette constatation à l'antopsie d'un homme de 56 ans, chez lequel on avait diagnostiqué une tnberculose miliaire aiguë, et à l'antopsie dnqnel on tronva une hépatisation rouge, commençante, dn poumon droit, et les lesions d'une méningite de la convexité. Dans l'exsndat méningé, on ne trouva, en fait de micro-organismee, que le diplocoque ovalaire décrit par Fraenkel sous le nom de *pneumobacillus.* A propos de ces deux faits, l'anteur insiste sur les précautione minntieuses qu'il faut prendre pour voir réussir les ensemencements faits avec des matières contenant ce diplocoque; ces précautions ont trait à la température à laqnelle il faut maintenir les préparations et an degré d'alcalescence que doit réaliser le milieu de culture. Nous renvoyons, pour les détails, au mémoire de Fraenkel. Incidemment, l'auteur constate que la présence du pneumococcus dans l'exsudat méningé, d'un sujet mort de méningite avec pneumonie, a été signalé récemment par Foa et Uffreduzzi (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1886, n° 15, p. 249).

Le pneumococcus, on pnenmobacillus en question, offre un caractère qu'aucune antre bactérie ne possède an même degré, c'est la rapidité avec laquelle il se dépouille de sa virulence. Fraenkel en cite des preuves très intéressantes. Il aborde ensuite la question, encore pendante, de l'unité ou de la dualité de la pneumonie franche. Il se rallie à la théorie de l'unité d'origine, après avoir, à une certaine époque, combattu cette doctrine, et, plaidant *pro domo suâ*, il développe les raisons pour lesqnelles, selon lui, le microcoque capsulé de Friedlander n'a rien à voir dans l'étiologie de la pneumonie franche, et doit céder la place au pneumobacillus lancéolé de Fraenkel.

IX. Neumann relate une observation de fièvre typhoïde compliquée de pneumonie avec œdème de la face. En ensemençant des matières qui émanaient des foyers pneumoniques, il a obtenu des cultures pures d'un coccus en chaînette. A ce propos, Neumann passe en revue diverses publications qui ont eu trait à la découverte d'un streptococcue dans des cas de maladies chez l'homme (Fraenkel dans un cas de lymphangite puerpérale, Fraenkel et Freudenberg dans trois cas de scarlatine, Fehleisen dans l'érysipèle, Lœfler dans la diphthérie, Krause dane la synovite purulente aiguë et dans la méningite, Passet, streptococcus pyogènes), pour montrer que c'est avec ce dernier que son microcoque en chaînette offre les plus grandes analogies.

X. A l'autopsie d'une femme de 28 ans, morte de la fièvre typhoïde, on trouva les lésions suivantes : ulcérations intestinales très vastes dans le colon, le rectum et dans la partie inférieure de l'iléon. Tuméfaction de la rate et des ganglions mésentériques; endocardite verruqueuse récente, limitée à la valvule mitrale; tuméfaction trouble des reins et du foie; œdème pulmonaire très prononcé. Sur des préparations d'ulcérations intestinales et de ganglions mésentériques, il fut impossible de découvrir le moindre bacille; par contre, la muqueuse intestinale, lee ganglions mésentériques et le tissu

avoisinant les verrucosités de l'endocarde étaient infiltrés de streptococcus.

XI. Senger rend compte des résultats de recherches bactériologiques qui ont porté sur tous les cas de pneumonie, au nombre de 65, admis en traitement à l'hôpital de Breslau depuis le mois d'octobre 1884 jusque vers le milieu de l'année suivante, et qui se sont terminés par la mort. De ces recherches, il résulte qu'on trouve constamment des coccus dans les foyers pneumoniques ; que ces coccus appartiennent à cinq espèces différentes, dont deux représentent des micro-organismes dépourvus de toute activité pathogène ; que des trois autres variétés de coccus, celle qui paraît être l'organisme pathogène, présente les caractères suivants : forme ovalaire, quelquefois arrondie ; les cultures ont tantôt l'aspect d'un gazon grisâtre, tantôt celui de demi-sphères, se développent surtout avec exubérance à la température de 20 à 22 R, dans la gélatine et le glucose. Quand les ensemencements sont faits dans des verres à réactif, la culture se développe en forme de clou, de la façon la plus nette. Ce coccus est un anaérobie.

L'étude des foyers métastatiques a démontré, d'autre part, que ceux-ci reconnaissent pour cause de leur développement la présence du coccus pathogène de la pneumonie, et que l'examen bactériologique de ces foyers métastatiques (méningite, endocardite, néphrite, péricardite, pleurésie, etc.), donne des résultats pouvant servir de contrôle à l'appréciation de la signification pathogène des coccus qu'on trouve dans les foyers pneumoniques.

E. Ricklin.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux récents sur l'hygiène.

Suite. — Voir le numéro 47.

IV. M. Louis Coumailleau a fait dans sa thèse (1) une étude des plus navrantes au point de vue patriotique, et en même temps des plus intéressantes au point de vue scientifique sur le mouvement de la population en France. Et cependant il ne ressort de ce travail rien que l'on ne sache déjà. Mais on y trouvera des chiffres et des documents qui, traduits sous forme de diagrammes, parlent très nettement à l'esprit.

Evidemment, pour expliquer ce ralentissement déplorable dans l'augmentation de la population de notre pays, c'est l'infécondité des mariages qu'il faut surtout incriminer, et surtout l'infécondité volontaire. Quant aux causes ethniques ou pathologiques qui pourraient amener ou favoriser leur stérilité relative, M. Coumailleau n'a pas de peine à en démontrer le peu d'importance. Tout au plus signale-t-il, d'une part, la syphilis, les orchites doubles et surtout l'épuisement trop fréquent du mari au moment où il se décide « à faire une fin », et, d'autre part, la façon déplorable dont sont élevées aujourd'hui les jeunes filles, si mal préparées au rôle qu'elles devront remplir plus tard. M. Coumailleau fait aussi entrer en ligne de compte une coutume implantée aujourd'hui dans nos mœurs, incriminée déjà par N. Gueneau de Mussy (en 1876), et contre laquelle l'auteur invite les médecins à lutter de tout leur pouvoir, car c'est à elle que serait due la stérilité de beaucoup de mariages : il s'agit du voyage de noces. Mais M. Coumailleau n'exagère-t-il pas les dangers de ces excursions à deux, et au lieu de blâmer et de rejeter absolument les voyages de noces, ne serait-il pas plus pratique de les rendre inoffensifs par quelques conseils d'hygiène conjugale?

M. Coumailleau termine son travail par les conclusions suivantes : il y a en France un mouvement très prononcé d'émigration des campagnes vers les villes; cette émigration est défavorable à l'augmentation de la population. Pour la combattre, il faut, suivant l'auteur, tendre, par tous les moyens possibles, à améliorer la situation du paysan. La natalité est très insuffisante ; malheureusement il est peu facile d'en favoriser l'augmentation. Par contre, la mortalité, quoique peu considérable, peut être influencée et diminuée, surtout en ce qui concerne l'enfance, par des prescriptions législatives et hygiéniques, entre autres des secours abondamment distribués aux filles-mères qui voudront élever leurs enfants, l'application stricte de la loi Roussel dans tous les départements et le rétablissement des tours.

V. Venant après Tardieu, auteur d'un Dictionnaire d'hygiène qui attend une nouvelle édition; après Vernois qui, sous le titre de *Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative*, avait publié sous forme de Dictionnaire des séries de documents législatifs commentés avec plus ou moins de détails ; après le professeur Layet (de Bordeaux) qui, sous un format plus modeste, avait, en 1875, résumé nos connaissances sur l'*Hygiène des professions et des industries* (rangées par ordre alphabétique); après M. Edmond Dupuy qui, en 1881, faisait paraître un *Manuel d'hygiène publique et industrielle*, adressé spécialement aux membres des conseils d'hygiène; enfin, venant après M. Napias, auteur du dernier Manuel, (1882) de ce livre si apprécié et si digne de l'être sur l'*Hygiène industrielle* et les lois qui s'y rapportent, tant en France qu'à l'étranger, M. Léon Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, n'a pas craint de publier un gros volume sur l'Hygiène industrielle (1). Avec une modestie rare chez un médecin, chez un professeur, M. Poincaré, dès sa préface, convient que les excellents livres de MM. Freycinet, Layet, Napias, Proust et Vernois, ont singulièrement favorisé sa tâche : « Qu'ils n'accusent, dit-il, pour les nombreux emprunts que j'ai dû leur faire, que la perfection avec laquelle ils ont traité certains sujets, ce qui ne permet plus d'innover qu'au prix d'une infériorité inévitable. »

M. Poincaré, et avec raison, croyons-nous, s'est montré très sobre en ce qui concerne la législation industrielle. « Ce qui fait que l'étude de l'hygiène industrielle entre difficilement dans les mœurs des étudiants, c'est la répulsion que leur inspire la gangue législative au milieu de laquelle elle se trouve un peu noyée dans les traités publiés jusqu'alors. » Il a paru préférable au professeur de Nancy, au lieu de reproduire *in extenso* les textes de lois et de règlements dont l'industrie a été l'objet, d'en faire saillir simplement l'esprit sous une forme moins sévère et plus brève. Le cachet de ce livre, dit l'auteur en tête de son premier chapitre « ce qui même lui donne sa raison d'être après le traité de M. Napias, est sa spécialité ; c'est-à-dire que son unique but est de présenter, sous une forme condensée, une monographie hygiénologique de

(1) Paris, 1885. Librairie Ollier-Henry.

(1) *Traité d'hygiène industrielle à l'usage des médecins et des membres des Conseils d'hygiène*, 1 vol. in-8 de 640 pages. Paris, G. Masson, 1886, avec 209 figures intercalées dans le texte.

chaque industrie. Il doit être, en un mot, à son aîné, ce que la *Pathologie spéciale* est à la *Pathologie générale*. Toutefois, ces études particulières ont besoin d'un préambule général, parce que beaucoup d'usines ont, dans leur mécanisme, leurs dangers et leur réglementation, des traits communs dont la description ne saurait être reproduite plusieurs fois sans perte de temps et sans monotomie. Mais il importe que ces généralités soient présentées avec une excessive sobriété, parce que ce livre doit être la continuation de celui de M. Napias et non en être un inutile écho. »

Dans cette étude générale et préliminaire, qui forme le premier chapitre, les dangers et les inconvénients des diverses industries sont rangés en trois classes : 1° Ceux qui intéressent exclusivement la salubrité publique ; 2° ceux qui compromettent à la fois la salubrité publique et l'hygiène des ouvriers ; 3° ceux qui compromettent seulement l'hygiène des ouvriers.

Le deuxième chapitre est consacré aux industries dites de la première classe. Il est divisé en trois sections : la première concernant les professions qui interdisent absolument le travail aux enfants (fabriques de dynamite, de vernis gras, des éthers, du collodion, du sulfure de carbone, des étoffes imperméables, d'acide sulfurique, du phosphore, industrie du pétrole). La deuxième section comprend les fabriques d'allumettes chimiques et les triperies et boyauderies, qui ne proscrivent pas absolument le travail des enfants. Puis une troisième section est consacrée à l'exploitation des varechs, aux fabriques d'engrais et de bleu d'outre-mer, qui autorisent complètement le travail des enfants.

Le troisième chapitre comprend les mêmes divisions que le deuxième, divisions basées sur l'interdiction du travail aux enfants (fabriques de couleurs d'aniline, de murexide, de chlore et de chlorure de chaux) ou l'autorisation partielle (pour les tanneries, le caoutchouc, le gutta-percha et les superphosphates de chaux), ou encore l'autorisation absolue (fabriques de sucre de betteraves, industries du fer, chaudronnerie, ateliers de construction, fabriques du noir de fumée, de l'acide salicylique et injection de créosote dans les bois de construction).

De même pour le quatrième chapitre, qui traite des industries appartenant à la troisième classe, M. Poincaré suit le même ordre relativement à l'emploi des enfants. Emploi défendu (acide azotique, chromates, plomb, zinc, cuivre, dorure et argenture). Emploi permis conditionnellement (céramique, teintureries, papeteries, papiers peints, extraction du chlorure de sodium); emploi absolument permis (savons, brasseries, lavoirs, féculeries, glucose, moulin à huile, vinaigre, gélatine, albumen, mégisseries, cartons, scieries mécaniques, aciéries et fabriques de salpêtre).

Un cinquième chapitre s'occupe des industries à classement variable ou mixte : 1° celluloïde, sels de soude et de potasse, distilleries, arsenic, matières goudronneuses ; 2° verreries, glaceries, tabacs, noir animal, fours à chaux et à plâtres, soufre, chapellerie, crin ; 3° suif, bougies, gaz, coke, combustibles agglomérés, tourbe, sels ammoniacaux, huiles animales, distillation du bois, amidonneries, filatures, cotonnades, draps, linge, soie, apprêts.

Enfin, M. Poincaré a consacré un sixième et dernier chapitre aux industries non classées (sulfate de quinine, extraits tanniques, fleurs artificielles, objets vernis ou laqués, nacre, camées, broderies mécaniques, instruments de musique, fabrique d'aiguilles, d'épingles, de couteaux, d'armes à feu, exploitations minières de houille, de mercure, d'ardoise, de borax.

Sobrement et incidement écrit, chacun de ces chapitres expose, avec gravures techniques à l'appui, les détails du travail accompli, les dangers que chaque opération peut présenter au point de vue de l'hygiène et les moyens de rendre ces dangers inoffensifs. Je me garderai de chicaner M. Poincaré sur l'insuffisance de certaines de ses descriptions. Son livre me paraît devoir rendre trop de services pour que je m'arrête à faire des critiques de détail.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre)

De la pneumonie aiguë chez les tuberculeux, par le docteur Duhamel.

On connaît depuis longtemps les différentes formes d'inflammation pulmonaire qui peuvent se développer chez les tuberculeux et dont l'apparition n'est ordinairement qu'un épiphénomène de la maladie générale sur laquelle elles sont venues se greffer. La clinique est moins riche de documents en ce qui concerne le développement de la pneumonie lobaire aiguë dans ces mêmes conditions, circonstance que l'on peut expliquer par les difficultés inhérentes au diagnostic en pareil cas, et puis aussi par ce fait que le médecin est naturellement porté à interpréter dans le sens de broncho-pneumonie ou de congestion toute trace de processus secondaire qu'il rencontre chez un tuberculeux.

M. Duhamel a observé et relaté un certain nombre de cas qui tendent pourtant à établir que cette complication se présente avec une fréquence relative assez notable, et qui indiquent en même temps la marche suivie par la pneumonie, ainsi que les difficultés diagnostiques et pronostiques qu'elle soulève. Dans ces observations, il convient de distinguer deux groupes principaux, dont l'un comprend les cas de pneumonie développés dans la première et la deuxième période de la phthisie ; l'autre les cas observés pendant la période terminale. Dans le premier groupe de faits, l'hépatisation paraît avoir évolué régulièrement, avec des allures cycliques semblables à celles de la pneumonie des sujets sains, et sans exercer d'influence marquée sur la marche ultérieure de la tuberculisation. Il n'en est pas de même dans le deuxième groupe, où l'on voit la mort survenir rapidement du fait de l'hépatisation, sans doute par suite de l'obstacle nouveau et considérable que celle-ci apporte à l'hématose, déjà restreinte par l'infiltration tuberculeuse antérieure.

Une remarque à tirer de la lecture de ces observations est que, dans presque tous les cas, le diagnostic a été difficile, ce qui s'explique par le motif que nous avons indiqué plus haut, et aussi par ce fait que la notion de la maladie antérieure préoccupe trop souvent d'une manière exclusive l'esprit du clinicien, au point de masquer à ses yeux la symptomatologie propre à la pneumonie.

Le criterium de l'anatomie pathologique ne fait pas défaut dans les observations de M. Duhamel, et dans plus d'un cas l'examen microscopique a permis d'affirmer *post mortem* la forme franchement aiguë et lobaire de la pneumonie constatée sur le vivant, en même temps que l'isolement et l'indépendance de cette pneumonie relativement aux tubercules préexistants.

On peut résumer ce travail en disant que la pneumonie lobaire est susceptible de se développer chez les tuberculeux au même titre que chez tout autre individu, mais qu'elle emprunte à sa coexistence avec d'autres lésions, des caractères particuliers qui ajoutent singulièrement aux difficultés du diagnostic. Celui-ci ne repose sur aucun signe certain, les signes physiques comme les signes fonctionnels n'ayant aucune valeur, et ne peut être affirmé que d'après deux circonstances : la guérison ou bien l'examen anatomique.

Dr P. M.

REVUE DES THÈSES

De la claudication chez les enfants (séméiologie et traitement), par le docteur Eug. Broussolle. In-8 de 96 pages, G. Steinheil, édit., Paris, 1886.

Quelque multiples que soient les causes de la claudication, on peut les rapportes à deux chefs principaux : 1º inégalité de longueur dee membres inférieurs; 2º gêne dans les mouvements, qne cette gêne soit sous la dépendance d'une lèsion articulaire ou musculaire, ou seulement d'une névralgie exaspérée par les mouvements.

On sait que les affections qui produisent la claudication sont plus fréquentes dans l'enfance que dans l'âge adulte. C'est à l'étude séméiologique et au traitement de la claudication que le docteur Eugène Broussolle vient de consacrer sa thèse. A vrai dire, il faut plus d'attention, de recherches, de sagacité, pour se rendre compte du symptôme de la claudication et de sa cause dans le jeune âge, spécialement en raison de la difficulté que l'on a d'obtenir des renseignements précis. On devra donc étudier avec d'autant plus de soin et les conditions de la *boîterie* (comme disent les vétérinaires) et les signes physiques dont elle s'accompagne. D'après M. Broussolle, l'examen d'un enfant atteint de claudication doit porter sur trois points : le mode de début, les caractères de la boîterie et l'état du membre inférieur au point de vue physique et fonctionnel. La claudication seule peut rarement caractériser une affection, si ce n'est la luxation congénitale; le symptôme le plus important au point de vue du diagnostic après la claudication est l'élément douleur, puis viennent la contracture et enfin la paralysie.

Après un chapitre très soigné consacré à l'examen de la claudication dans la coxalgie, si fréquente et d'un caractère si insidieux au début, M. Broussolle étudie les conditions dans lesquelles se présentent les luxations coxo-fémorales congénitales, puis les signes et les caractères spéciaux à la claudication qui en résulte. Il divise ensuite en trois groupes les autres formes de claudication : 1º celles où la claudication s'accompagne de douleur; 2º celles où il y a contracture ou rigidité soit musculaire, soit articulaire; 3º celles où il y a paralysie ou atrophie. Ces types, l'auteur en convient, peuvent cependant se trouver associés ou mêlés.

Quant aux indications du traitement, elles varient, d'après M. Broussolle, suivant que la claudication se présente comme symptôme dans le cours d'une maladie, qu'elle est consécutive à une maladie, mais susceptible de guérir, ou qu'elle est incurable.

Dans les claudications incurables, le traitement, envisagé au point de vue orthopédique, doit remédier à des différences de longueur ou de solidité du membre inférieur, d'où résulteraient trois ordres de moyens : 1º ceux qui font disparaître un allongement; 2º ceux qui suppléent au raccourcissement, et 3º ceux qui font disparaître une mobilité anormale. Considérés dans leur ensemble, les appareils doivent s'adresser tantôt au pied (semelles, souliers, bottines spéciales), tantôt à la jambe (appareils à tuteur, appareils redresseurs), tantôt maintenir le membre inférieur tout entier remontant au-dessus de la cuisse jusqu'au bassin (jambe à sellette, ceinture moulée, etc.).

A côté de ce traitement orthopédique, on pourra retirer les plus grands avantages de moyens accessoires (bains, douches, électricité, saison à Bourbonne, etc.); mais ces moyens s'adressent surtout aux modifications anatomiques survenues dans les divers éléments d'un membre longtemps soumis à l'inaction, plutôt qu'à la claudication en elle-même. En somme, le travail de M. Broussolle a une utilité pratique incontestable.

Dr Albertus

De l'influence réciproque du diabète et de la syphilis. Thèse Arnaud, 1886.

L'étude des faits cliniques montre que, dans certaines circonstances, le diabète et la syphilis sont susceptibles de réagir l'un sur l'autre, de telle sorte que, par le fait seul de la coexistence de ces deux états pathologiques, leurs manifestations respectivee pourront être plus ou moins modifiées. En ce qui concerne l'évolution syphilitique, le fait est hors de doute, le diabète joue vis-à-vis d'elle le rôle d'une circonstance aggravante; il contribue puissamment à imprimer à ses manifestations cutanées, depuis le chancre initial jusqu'aux accidents de la période tertiaire, cette tendance ulcéreuse et gangréneuse qui forme le caractère principal des syphilis graves. M. le professeur Fournier, si compétent dans la question, affirmait encore récemment cette vérité dans une leçon consacrée à l'étude des *facteurs de gravité de la syphilis*. L'auteur du travail que nous analysons n'apporte aucun fait nouveau à l'appui de cette proposition qui n'est plus contestée.

En revanche, il s'en faut de beaucoup que la question inverse, savoir l'influence de la syphilis sur le diabète, soit aussi clairement élucidée. Quelques auteurs ont avancé, il est vrai, que la syphilis pouvait être, dans certains cas, l'origine d'un véritable diabète. M. Arnand se prononce aussi affirmativement sur ce point, mais les faits qu'il avance nous semblent insuffisants pour justifier cette assertion. Une objection grave peut être opposée à la plupart des observations citées à l'appui, c'est que généralement on avait négligé de pratiquer l'examen des urines avant l'apparition des accidents spécifiques, de là sur la date d'apparition de la glycosurie une incertitude qui enlève toute valeur aux faits incriminés.

En second lieu, il faut tenir compte d'une difficulté d'interprétation particulière tenant à ce que, dans certains cas, on a pu confondre une simple glycosurie avec un diabète véritable. La glycosurie, en effet, est un phénomène qui peut être réalisé, à l'occasion de la syphilis, par plusieurs mécanismes différents : par exemple, comme conséquence de tumeurs gommeuses développées au voisinage du quatrième ventricule et agissant comme la piqûre ou l'excitation mécanique agit sur ce centre dans l'expérience mémorable de Cl. Bernard; ou bien, à la suite de lésions cutanées ulcératives et gangréneuses, par un mécanisme analogue à celui que Schiff a réalisé lorsqu'il faisait apparaître la glycosurie par la ligature d'un département artériel chez les animaux. Mais de ces faits au diabète véritable, il y a loin, et dire que la syphilis peut

créer d'elle-même ce dernier, par l'effet des modifications hématologiques et organiques qu'elle entraîne, c'est émettre une assertion sans preuves, c'est affirmer une opinion passible de nombreuses objections auxquelles l'auteur du travail que nous analysons ne saurait avoir la prétention de répondre avec le petit nombre de faits dont il a cru devoir étayer son travail.

Dr P. M.

BULLETIN

LE VINAGE. — LA LOI SUR LES ALIÉNÉS.

L'Académie de médecine a terminé, dans la séance de mardi dernier, la discussion sur le vinage ou alcoolisation des vins. La savante Compagnie s'est placée sagement au point de vue exclusif de l'hygiène, laissant au législateur et à l'administration le soin d'instituer et de faire observer les lois et règlements propres à protéger la santé publique.

On peut dire que l'alcoolisation des vins se pratique d'autant plus que la production est moins abondante. Or, depuis que le phylloxéra a envahi nos vignobles, la production tend chaque année à diminuer. Il en résulte que l'accroissement parallèle de l'alcoolisation des vins, que cette alcoolisation résulte du vinage de nos vins indigènes ou de leur coupage avec les vins suralcoolisés venus de l'étranger, constitue un véritable péril social. L'Académie, sur ce point, a émis une opinion nette et précise : le vinage est nuisible à la santé et doit être interdit. La concession de 2 degrés d'alcool pur qu'on peut ajouter au vin, faite à nos producteurs, n'infirme en rien et ne saurait atténuer cette déclaration.

Quelques membres se sont justement préoccupés de la question de savoir s'il est possible de reconnaître qu'un vin a été alcoolisé au delà de 2 degrés. Les chimistes ont répondu qu'à partir de 3 degrés on peut déceler dans un vin quelconque l'addition d'alcool par suite de ce fait que les rapports normaux entre les divers éléments constitutifs du vin sont altérés. C'est très bien ; mais alors il faudra, sinon partout, du moins dans les centres importants de population où les fraudes et falsifications se pratiquent sur une plus grande échelle, il faudra, disions-nous, organiser un service d'analyse plus ou moins analogue à celui qui fonctionne au laboratoire municipal de la ville de Paris. Sans cette institution d'examen et de contrôle, qui imposera une crainte salutaire aux falsificateurs, la loi qui prendra pour base les conclusions de l'Académie restera en pratique lettre morte.

L'opinion exprimée par l'Académie ne manquera pas de soulever une vive opposition dans un certain monde dont les intérêts s'accordent peu avec ceux de la santé publique. Espérons que nos législateurs et nos gouvernants s'inspireront avant tout de ces derniers.

—La loi de 1838 sur les aliénés, en ce moment en discussion devant le Sénat, est l'une de celles qui ont été le plus acclamées, puis le plus critiquées. Quelques procès retentissants, ayant donné lieu le plus souvent à des interprétations fausses, ont servi de point de départ à ces critiques et ont, à différentes reprises, passionné l'opinion publique. En 1869, une commission fut instituée par les ministres de l'intérieur et de la justice pour étudier les modifications à introduire dans la loi. Cette commission, dont M. Boudet était président, touchait au terme de ses travaux quand éclatèrent les événements de 1870. La question, remise à l'étude il y a quatre ans, discutée en 1884 par l'Académie de médecine, est venue enfin à l'ordre du jour devant le Sénat. On touche donc à une solution. La GAZETTE MÉDICALE examinera, dans le prochain numéro, la valeur des critiques adressées à la loi de 1838, et l'importance des réformes soumises aux délibérations du Parlement.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

LES DISPENSAIRES DE FONDATION PRIVÉE. — Parmi les œuvres charitables privées que permet d'accomplir une fortune considérable, il en est une qui, à côté des hôpitaux, des bureaux de bienfaisance, des Sociétés philanthropiques, etc., est appelée à rendre de grands services et mérite d'être particulièrement encouragée : c'est la création de dispensaires où les malades pauvres d'un quartier trouvent les soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, et, l'on peut ajouter, hygiéniques dont ils peuvent avoir besoin. Aussi annonçons-nous avec plaisir la fondation d'un nouveau dispensaire de ce genre dû à la libéralité de Mme Péreire. Cet établissement, inauguré récemment à Levallois-Perret, comprend des salles de consultations, d'opérations, de délivrance de médicaments, un service de bains et d'hydrothérapie, de chambres destinées à des malades dont les soins spéciaux ne doivent pas dépasser trois ou quatre jours. Les règles de l'hygiène, relatives au chauffage et à la ventilation, ont présidé à l'installation de ces différents services. Cinq médecins et un chirurgien donnent quatre fois par semaine des consultations gratuites. L'administration est confiée à des sœurs de Saint-Joseph de Cluny. Les malades non indigents, mais dans une situation modeste de fortune, sont traités au dispensaire moyennant une faible rétribution.

—ÉPIDÉMIES.—Le choléra, qui tend à s'atténuer en Europe, vient de faire son apparition à Rio-de-Janeiro, où déjà régnait la fièvre jaune.

— Une épidémie de fièvre typhoïde sévit depuis deux mois environ à Clermont-Ferrand. Le lycée, qui avait retardé la rentrée des élèves, a dû les renvoyer à leurs familles. Le commandant du 13e corps d'armée a eu la sage idée de demander et a obtenu du ministre de la guerre l'ajournement de l'appel de la classe de 1885.

R. F. R.

NOUVELLES

ACADÉMIE DES SCIENCES. — La section d'anatomie et zoologie de l'Académie des sciences a, dans le Comité secret qui a suivi la séance de lundi dernier, présenté, dans l'ordre suivant, les candidats à la place laissée vacante, il y a dix-huit mois, par la mort de M. M. Milne-Edwards :

En première ligne, M. Sappey ; en deuxième ligne, M. Dareste ; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Filhol, Périer, Ranvier ; en quatrième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Fischer, Pouchet, Vaillant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Coudray est maintenu dans les fonctions de préparateur du cours de pathologie externe.

M. le docteur Beurnier est nommé préparateur de médecine opératoire, en remplacement de M. Assaki, appelé à d'autres fonctions.

—Par arrêté ministériel en date du 20 novembre 1886, la chaire

de pathologie interne de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— M. le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale à l'hôpital Necker le mercredi 8 décembre, à neuf heures et demie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 21 AU SAMEDI 27 NOVEMBRE 1886

Fièvre typhoïde 15 — Variole 1. — Rougeole 23. — Scarlatine 3. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 22. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 4 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 38. — Phthisie pulmonaire 207. — Autres tuberculoses 23 — Autres affections générales 57 — Malformation et débilité des âges extrêmes 54. — Bronchite aiguë 37 — Pneumonie 82 — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 36. — au sein et mixte 32. — Inconnu 0. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 89. — de l'appareil circulatoire 84. — de l'appareil respiratoire 59. — de l'appareil digestif 49 — de l'appareil génito-urinaire 28. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 7 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 18 — Causes non classées 18. — Total de la semaine : 1.001 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Avenir des espèces. — Les singes domestiques, par Victor Meunier. Ouvrage illustré d'un frontispice. — Paris, 1886, Maurice Dreyfous, éditeur, 13, faubourg Montmartre.

Résumé de la matière médicale et toxicologique coloniale, par MM. Corre et Lejanne, médecins de la marine. Un volume in-18 de 200 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Bibliothèque des merveilles. — Les grands fleuves, par Henri Jacottet. Ouvrage illustré de 32 vignettes. — Paris, librairie Hachette et Ce.

Les Sources, par Mme Stanislas Meunier. Ouvrage illustré de 38 gravures sur bois. — Paris, librairie Hachette et Ce.

Quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels, par le docteur René Duzéa. Un volume grand in-8 de 100 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Les derniers jours de Richelieu, par le docteur Paul Servant. — Paris, imprimerie Charles Blot, 7, rue Bleue.

Rôle des insectes dans la fécondation des végétaux, par le docteur Th. Barrois. Un vol. grand in-8 de 150 pages avec 25 fig. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 50 11 DÉCEMBRE 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

LES DOCTRINES MÉDICALES CONTEMPORAINES DEVANT LA CLINIQUE; leçon d'onverture de M. le professeur PETER à l'hôpital Necker.

Messieurs,

Il y a soixante-sept ans que, dans cet hôpital Necker, un homme petit, modeste, chétif, mal portant, seul, sans aides et sans laboratoire, mais guidé par son génie, fit une découverte qui révolutionna la médecine.

Cet homme, c'est Laënnec : sa découverte fut l'auscultation médiate.

Avec l'auscultation, c'est l'inauguration en médecine de la précision et de l'analyse, deux choses qui la firent passer au rang des sciences dites « exactes » ; — car il paraît qu'il en est d'inexactes.

La précision s'applique exclusivement, cela va sans dire, à l'étude des signes, à la séméiotique, comme aussi à l'étude des lésions.

En anatomie pathologique, Laënnec avait eu pour précurseur Morgagni, et Avenbrugger l'avait devancé en séméiotique. La découverte du savant viennois, la percussion médiate, serait restée longtemps stérile, si Corvisart, qui fut le maître de Laënnec, ne l'avait fait connaître en France. De Paris, foyer de lumières, comme autrefois Athènes, la découverte se répandit dans le monde scientifique, même en Autriche.

En étudiant le raccord du signe avec la lésion, Laënnec finit par tout rapporter à cette lésion ; il devint localisateur, et lui, vitaliste, en arrive à matérialiser la médecine. Par exemple, rejetant les idées de ses devanciers qui avaient fait de la pneumonie (la *febris peripneumonica*, comme ils l'appelaient) une maladie générale, il en fit une inflammation du poumon, et rien autre. Il consacre 28 pages à l'anatomie pathologique de la pneumonie, 18 à l'étude des signes physiques, 5 aux troubles fonctionnels dérivant des lésions, et ce n'est que dans les cinq dernières pages qu'on finit par voir le malade. « Il y a une fièvre, dit-il, mais une fièvre *consécutive*. »

En somme, il oublie presque le malade et renverse l'ordre logique et chronologique de la maladie, en nous parlant d'abord de la lésion et réservant pour la fin l'étude des symptômes généraux. Et cependant, la pneumonie ne commence-t-elle pas par un frisson, par de la fièvre, et même ces symptômes réactionnels constituent un instant toute la maladie, car il peut se passer un certain temps avant qu'apparaissent les signes physiques que vous connaissez. Donc, la pneumonie commence par de la fièvre, et cette fièvre précède toute lésion, toute détermination locale ; bien plus, la lésion survit à la fièvre, à la maladie même. Le malade peut avoir recouvré les forces, l'appétit, le bien-être, il peut être guéri en un mot, alors que le

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

I. L'hôpital Laënnec, ancien hospice des Incurables (1634-1884), notice historique, par H. Feulard, interne des hôpitaux (Thèse inaugurale), in-4, 107 p. avec planches, 1884. — II. Degli experimenti tossicologici in anima nobili nel cinquecento, memoria del M. E., prof. Alfonso Corradi, in-4, 53 p. Milan, 1886. — III. A medicina em Portugal até aos fins do seculi XVIII (Thèse inaugurale) ; A medicina em Portugal (1772 à 1825) ; Medicina portugueza. As cruzadas : In A medicina contemporanea, 1884.

I. Ainsi que nous avons eu déjà l'occasion de le dire, nos vieux hôpitaux de Paris auront bientôt chacun leur histoire particulière, due à l'incitation de M. le professeur Laboulbène. Celle de l'ancien hospice des Incurables, aujourd'hui hôpital Laënnec, n'est pas la moins intéressante. Nous la devons à M. Feulard, ancien interne de cet hôpital, qui en a fait l'objet de sa thèse inaugurale.

Jusqu'alors, les indigents atteints de maladies incurables n'avaient point d'hospice particulier. Deux habitants de Paris eurent à la fois, sans se connaître, la pensée généreuse de leur en créer un : Marguerite Rouillé, femme d'un conseiller au Châtelet, léguait en 1632 un don important à l'Hôtel-Dieu de Paris, afin de faire bâtir une maison qui porterait le nom d'hôpital des Incurables de Sainte-Marguerite ; et un digne prêtre, l'abbé Jean Joullet, laissait vers la même époque, au même Hôtel-Dieu, sa fortune personnelle pour une fondation semblable. Joullet avait entretenu le cardinal de La Rochefoucauld de son dessein, et ce dernier s'entremit avec les administrateurs de l'Hôtel-Dieu, afin de mener à bien l'idée de cet hospice des Incurables. La Rochefoucauld, grand aumônier de France, président du Conseil d'Etat, etc., jouissait d'une grande notoriété ; il contribua pour une somme considérable à la construction du nouvel établissement : les bâtiments ne tardèrent pas à s'élever. Les lettres patentes furent accordées par le roi Louis XIII en 1637 et le grand autel de l'église fut consacré solennellement le 11 mars 1640.

D'après les termes de l'*Instruction au public*, conservée dans les archives de l'Assistance publique, les pauvres reçus à l'hôpital

poumon est encore le siège de lésions même assez étendues.

Notez bien que je ne veux pas faire ici la critique de Laënnec; non, je l'admire trop pour celà. Mais je tenais à vous montrer ce génie créateur, dominé par le courant scientifique de son époque, et s'efforçant d'apporter la précision dans les recherches médicales. Je voulais vous montrer Laënnec devenant matérialiste, comme nous verrons après lui les organiciens devenir vitalistes.

Cet homme éminent eut l'heureuse fortune de raccorder de la façon la plus admirable le signe avec la lésion; il est le créateur de la séméiotique moderne. Sa découverte fut le point de départ des recherches les plus passionnées pour arriver à la précision dans l'investigation physique des organes; de là sortent ces instruments très ingénieux : stéthoscopes, laryngoscopes, etc., jusqu'au microscope qui nous permet de voir dans les sédiments urinaires, l'état des reins, ou dans les crachats, les fibres élastiques, les bacilles, les pneumocoques, dont la présence vient souvent éclairer un diagnostic hésitant.

C'est de Laënnec aussi qu'est née l'anatomie pathologique scientifique. Il nous a donné, des différentes lésions organiques qu'il a étudiées, des descriptions merveilleuses, auxquelles il n'y a rien à ajouter. Il en est ainsi de la granulation tuberculeuse, de l'infiltration et du tubercule. Il a su voir la diversité morphologique, mais sans méconnaître l'identité du fond. C'est ainsi qu'il a évité à la fois l'erreur de Bayle et celle où est tombée plus tard l'École allemande, qui a fendu en deux l'unicité pourtant si vraie de la phthisie, unicité heureusement reconstituée de nos jours par l'histologie française.

L'anatomie pathologique macroscopique ainsi édifiée, on en est arrivé, de précision en précision, à étudier le tissu lésé, et, dans ce tissu, l'élément lésé. On a pu croire qu'il n'y avait rien au-delà; on se trompait, il y avait le microbe. (Ne craignez rien, messieurs, je n'en dirai pas tout le mal qu'on pourrait croire.)

Ce microbe est pour les histologistes de nos jours la cause de la maladie. C'est le pneumocoque qui fait la pneumonie. Mais cet agent pathogène ne peut faire la pneumonie qu'en s'introduisant dans l'organisme, en l'infectant; d'où la pneumonie devenue maladie infectieuse, c'est-à-dire redevenue maladie générale. C'est ainsi que les histologistes, outranciers de Laënnec, ont détruit l'œuvre de Laënnec. L'esprit médical a décrit une sorte de cercle : parti de l'analyse, il est revenu à la synthèse.

Ne nous en plaignons pas, puisque c'est un retour à la vérité.

Laissez-moi vous dire, à ce propos, qu'un agrégé de cette École, suppléant le professeur Grisolle, avait enseigné il y a 17 ans, que la pneumonie était une fièvre, que la lésion n'était qu'un effet de cette fièvre, et qu'il était important de s'occuper des diverses formes affectées par l'élément fébrile pour diriger la thérapeutique. Laissez-moi vous dire encore que cet agrégé, c'était moi; vous trouverez l'exposition de mes idées à ce sujet dans le premier volume de mes Cliniques médicales, et vous verrez ainsi que j'avais précédé de longtemps Jurgense dans ce retour vers la vérité. Je suis très heureux de voir que les faits ont pleinement confirmé ce que j'avais établi cliniquement.

Un nouveau dogme a surgi de nos jours, celui de la pathogénie : l'esprit humain n'est jamais satisfait et veut toujours voir au-delà. Des médecins contemporains, et des plus savants, ont voulu connaître le pourquoi de telle ou telle lésion, de tel ou tel signe.

La tentative la plus brillante qui ait été faite en pathogénie l'a été par Virchow, il y a 25 ans environ. Elle a été exposée dans la *Pathologie cellulaire*, ouvrage autrefois lu par tous, à peine par quelques-uns aujourd'hui. Virchow a essayé de démontrer que les maladies étaient le résultat de troubles trophiques des cellules. Vous connaissez, peut-être, les pages magnifiques qu'il a consacrées à l'inflammation, ainsi que sa très intelligente et très logique classification des tumeurs. Je n'insiste pas et m'empresse de déclarer que tout cela était admirablement conçu, et que l'idée était vraiment grande. Aussi pendant quelques années on ne parla que de Virchow et de sa pathologie cellulaire. Mais tout récemment, cette théorie a été battue en brèche à Berlin même, par un de ses compatriotes : le bélier qui a fait la brèche est un bacille; c'est le bacille de la tuberculose, comme c'est aussi le bacille du choléra, tous deux découverts et décrits par Koch.

La tuberculose n'est plus une déviation trophique des cellules, c'est le bacille qui fait tout le mal : il engendre la tuberculose, comme il engendre le choléra; son introduction et sa pullulation dans l'organisme : voilà l'origine de tous les désordres.

Virchow, ébranlé, troublé, capitule ; il dit : « soit, j'accepte,

devaient professer la religion catholique; un pauvre incurable de la religion prétendue Réformée ne pouvait entrer qu'à la condition de faire abjuration de son hérésie. Les affections traitées dans l'hospice étaient les « relaschements et contractions invétérées des « nerfs, les dislocations et fractures des os qui n'ont esté remis en « temps convenable, les paralizies anciennes, les tumeurs extra- « ordinairement grosses, les hergnes avec notables ruptures, les « chutes des gros boyaux, les précipitations de la matrice, grandes, « invétérées et monstrueuses, les hydropisies confirmées, l'agita- « tion continuelle et générale des membres, les chancres ulcérez, « les goutes nouées, la stupidité et autres pareils accidents que l'on « estime sans reméde ».

Les lits avaient tous leur fondateur, et ce dernier ou leurs ayants-droits disposaient du lit vacant, en faveur du malade qu'ils désignaient. C'est ainsi que Marie-Antoinette même ne put faire entrer une malade qu'elle protégeait. Des conditions particulières accompagnaient parfois les fondations. Ainsi, Antoine Bergerac avait fondé un lit pour un gentilhomme incurable, pouvant prouver sa noblesse de trois races, du côté de son père et du côté de sa mère. On louait aussi, de temps à autre, un appartement particulier à une personne de distinction, à charge par elle de faire une aumône en entrant et de mener une vie tranquille. C'est ainsi que put demeurer à l'hospice Mme de la Sablière, après sa grande passion pour M. de La Fare, et la malicieuse Mme de Sévigné ne manque pas d'enregistrer dans ses lettres, que : « Mad. de la « Sablière se trouve si bien aux Incurables, qu'elle y passe quasi « toute sa vie, sentant avec plaisir que son mal n'était pas comme « ceux des malades qu'elle sert. »

L'évêque de Belley, Pierre Camus, s'était retiré aussi dans la maison. Esprit original et bienfaisant, c'est lui qui, prêchant un jour sur la luxure, s'écriait « qu'un homme seul pouvait faire plu- « sieurs péchés, blasphémer, mentir, assassiner, etc., mais que le « péché de la chair était si grand, qu'il fallait être deux pour le « commettre ». Il fonda six lits par testament, voulant aussi que son « déplorable corps soit cousu dans un linceul simple, grossier, « et fermé et cloué dans un commun cercueil ou bière de bois et « non de plomb, afin qu'il soit plutost pourry et réduit en poudre... « surtout sans aucune oraison funèbre que je deffends très expres- « sément, puisque n'ayant jamais rien fait dans ma vie qui mérite « d'être récité à l'édification du prochain, j'auray plus de besoin

mais alors la maladie est la lutte du microbe contre la cellule.»-- Quelque chose comme une pathologie de Lilliput. Il aboutit en somme au solidisme le plus pur.

D'autre part, Koch n'est qu'à demi-triomphant, car on lui démontre que, dans la granulie, on ne trouve pas un nombre de bacilles en rapport avec les lésions. De même dans le choléra. Alors Koch, ébranlé à son tour, répond : « Non, le bacille n'est pas toute la maladie, il n'en est que l'agent indirect, il devient morbifère par la sécrétion d'une *ptomaïne*. » Mais celle-ci doit d'abord infecter les humeurs ; de sorte que par cette ptomaïne hypothétique, Koch aboutit au plus pur humorisme.

On voit ainsi ces savants éminents se placer, à propos du même fait et du même microbe, aux deux pôles opposés de l'axe médical. Nouvelle preuve, non pas de l'infirmité de l'esprit médical, mais de celle de l'esprit humain !

Actuellement, la pathologie tout entière semble dominée par la pathogénie, et celle-ci par la bactériologie : bactérie ici, bactérie là, bactérie partout ; il est des bactéries à tout faire, des bactéries qui font l'hyperthermie dans la fièvre typhoïde, des bactéries qui font l'algidité dans le choléra, des bactéries qui soufflent le chaud, des bactéries qui soufflent le froid !

C'est un débordement.

On pourrait dire que ces discussions pathogéniques constituent une gymnastique salutaire à l'esprit humain, mais le médecin est avant tout un utilitaire, il ne peut rester indifférent devant le malade, d'où le retentissement que ces doctrines peuvent avoir et ont eue sur la thérapeutique.

Comme les parasitistes ont vu des bactéries partout, ils les ont considérées comme le seul ennemi ; de là des doctrines thérapeutiques adéquates.

Les uns, considérant que dans la dothiénentérie c'est le microbe qui fait la fermentation, et la fermentation qui fait l'hyperthermie, conseillent de refroidir le malade, pour refroidir le microbe et empêcher ainsi sa malfaisance fermentescible. C'est le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

On sait ce qui est advenu en France de cette médication exotique, à la suite d'une polémique à laquelle je n'ai pas été étranger.

Mais cette médication systématique a eu ce résultat bienfaisant de nous apprivoiser à l'usage de l'eau froide, dans certains cas bien déterminés de fièvre typhoïde. Voilà tout ce qui nous est resté de la doctrine exclusive de Brand. Et c'est justement là qu'est le progrès, lequel n'est autre qu'une série d'additions partielles et successives au fonds traditionnel.

De même pour la pneumonie, on a conseillé des injections intra-pulmonaires, sans songer que, les parasites étant d'essence repullulante, il suffirait qu'un seul pneumocoque ne fût pas touché par l'injection, pour que la maladie persistât par repullulation.

Une autre tentative inspirée par la doctrine parasitaire, est celle de Koch, lequel remarquant que son bacille virgule du choléra cesse de se produire dans un milieu qui n'est pas humide, a eu l'idée de le faire mourir de soif, et n'a pas hésité (la chose est historique) à conseiller aux malheureux Marseillais, décimés par le choléra, de cesser d'arroser les rues de Marseille.

D'autres ont dit : l'antisepsie chirurgicale est excellente ; comme pendant, faisons de l'antisepsie médicale. Idée généreuse mais chimérique, car l'antisepsie chirurgicale a pour but de fermer aux germes de l'air la porte d'entrée dans un organisme sain. En leur fermant la porte, on fait un acte rationnellement salutaire. Tandis que le médecin n'intervient ordinairement que lorsque la maladie est constituée : le microbe est dans la place, l'organisme est infecté, l'antisepsie n'est plus réalisable.

Vous comprenez maintenant comment l'antisepsie médicale devait fatalement échouer.

Les inoculations antirabiques ne sont ni moins spécieuses ni moins chimériques; irrationnelles en principe, elles ont été inefficaces en réalité.

Irrationnelles, car elles ont la prétention d'empêcher l'éclosion d'une maladie en incubation.

Inefficaces, car, après avoir été annoncées avec l'éclat que vous savez, elles sont en train d'échouer tristement aujourd'hui ; la France ayant eu, l'année qui vient de s'écouler, une mortalité par la rage égale à la moyenne des années précédentes : c'est-à-dire 30 cas, 14 morts enragée après inoculation, et 16 sans inoculation.

De toutes ces opinions contradictoires, il faut conclure que l'esprit médical participe à la faiblesse de l'esprit humain, qu'il ne peut trop souvent envisager les problèmes si complexes de la maladie, que suivant l'optique individuelle propre

---

« des prières et des soupirs des assistans que de leurs estimes, « joint que ce serait abuser de la chaire de vérité que de la remplir de faux esloges ».

La vie y était à peu près monastique. Beaucoup de cérémonies religieuses ; malades et domestiques s'appelaient frère et sœur; uniforme sévère, que les femmes parvenaient quand même, paraît-il, à rendre coquets ; au début, cheveux coupés en entrant à l'hospice, etc. ; mais les malades valides avaient leur jour de sortie, ils recevaient des visites, l'on jouait à divers jeux, même aux barres, toutes tolérances qui donnèrent lieu bientôt à des abus et devinrent la cause d'un règlement plus sévère. Le service des malades avait été fait d'abord par des femmes laïques, qui s'étaient vouées à ce service, sans autre récompense que celle d'être agréables à Dieu, et le 20 octobre 1647, l'hôpital reçut 3.000 livres d'une fille qui voulait être servante dans la maison, quitte à reprendre cette somme si elle ne s'y plaisait pas.

En 1789, un souffle de réformes parvint jusqu'à l'hôpital de la rue de Sèvres. Les pensionnaires réclamèrent contre la sévérité des règlements, ils se plaignirent des sermons du prédicateur ; enfin une garde civique, prise parmi les plus valides, fut chargée de veiller à la sûreté de la maison; ils étaient commandés par un garde-française et demandèrent, pour toute paye, une bouteille de vin par homme et par jour, ce qui fut accordé. En 1801, les malades furent divisés. Les hommes allèrent à l'hôpital des Récollets, aujourd'hui hôpital militaire, les femmes demeurèrent rue de Sèvres, jusqu'au moment de leur transfèrement à Ivry, en 1869, et l'hôpital fut fermé. On le rouvrit en 1870, comme annexe de la Charité, et, en 1878, il fut reconstitué comme hôpital ordinaire sous le nom d'hôpital Laënnec.

M. Feulard a joint à son travail un certain nombre de pièces justificatives, la plupart publiées pour la première fois, et des planches curieuses, copies d'anciens plans de Paris.

II. Le dernier mémoire de notre savant confrère, M. le professeur Corradi, a pour objet les expériences toxicologiques faites sur l'homme vivant, en Italie, au XVI[e] siècle. Le point de départ est l'expérience tentée par Fallope sur un condamné à mort, afin d'apprécier les effets physiologiques de l'opium, expérience contestée par divers biographes, affirmant que le fait reproché à l'illustre anatomiste avait été ajouté à une édition des *Observaciones*

à chacun, ce qui nous conduit presque toujours à une solution incomplète et inexacte.

C'est le sort de bien des questions métaphysiques.

La clinique vraie ne nous expose pas à ces déconvenues. Qu'est-ce donc que la clinique ? et comment l'enseigner ?

La clinique, c'est l'histoire des malades ; nous avons affaire non pas à des maladies, mais à des malades, c'est-à-dire à des individualités réagissant comme elles peuvent contre des accidents morbides ; nous avons affaire non pas à des pneumonies, mais à des pneumoniques. Nous avons affaire surtout à des accidents morbides éventuels. En réalité, nous n'avons pas à traiter la lésion qui est un fait accompli, mais l'acte morbide que nous pouvons modifier, enrayer, et même supprimer, car nous avons prise sur ce qui est en voie de formation, sur ce qui évolue.

La clinique n'a pas toujours les grandes envolées des questions pathogéniques, c'est le plus souvent le terre-à-terre, mais le terre-à-terre fécond en enseignement.

La clinique doit reposer sur l'examen attentif, patient, détaillé du malade.

Nous l'avons vu, la pathogénie n'est trop souvent que le roman de la maladie, tandis que la pathologie en est l'histoire, mais c'en est l'histoire générale ; — eh bien, la clinique est l'histoire spéciale du malade ; — c'est cette clinique que nous ferons ensemble.

Je suivrai dans cette voie ceux qui ont fondé la grandeur médicale de la France : Après Corvisart et Laënnec, Andral, Bouillaud, Chomel, Louis, Trousseau, pour ne parler que des morts.

Je m'inspirerai de leurs exemples, mais surtout des leçons que j'ai reçues de ceux que j'ai eu l'heureuse fortune d'avoir pour maîtres.

Je les remercie publiquement ici de la situation scientifique que leur enseignement m'a faite, et je leur en reporte tout l'honneur.

J'en reporte l'honneur à M. Gosselin, le chirurgien savant, et le clinicien aussi prudent que sagace, la prudence chez le chirurgien étant la plus haute expression de son esprit conservateur ; à Cruveilhier, ce colosse dont les recherches modernes n'ont fait que démontrer le prodigieux savoir en anatomie pathologique et qu'on ne connaît pas assez comme médecin (lui qui, entre autres, nous a révélé l'ulcère simple de l'estomac et l'atrophie musculaire progressive) ; à Monneret, médecin érudit et observateur des plus pénétrants ; à M. Henri Roger, qui m'a enseigné la pathologie de l'enfance, dont son esprit si fin a su fouiller tous les mystères ; à Trousseau enfin que ses envieux qualifiaient de brillant, pour n'avoir pas à dire qu'il était savant, et qu'il fallait voir au lit du malade pour apprécier toute sa grandeur.

En terminant, messieurs, je veux adresser un hommage respectueux à mon prédécesseur dans cette chaire de clinique, à M. le professeur Hardy, frappé par la limite d'âge en pleine vigueur de son talent professoral ; c'était la personnification accomplie de l'expérience, de la science et du bons sens consommé. Je m'efforcerai de le prendre pour modèle.

THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

La médication iodée et la pustule maligne, par le docteur Beugnies-Corbeau, de Saint-Michel (Aisne).

Le traitement de la pustule maligne a-t il reçu sa formule dernière, avec les incomparables travaux de Pasteur et de Davaine ? Il ne sera possible de le dire que lorsque les faits constitueront un dossier suffisamment considérable, pour que la réponse s'impose d'elle-même. Aussi regardons-nous comme un devoir de publier les trois uniques observations qui nous sont échues dans un laps de dix ans.

Observation I. — Il y a quelques années, nous voyions venir chez nous, en toute hâte, une dame atteinte à la main de trois piqûres, à elle faites par un essaim de mouches posées sur des fleurs qu'elle était en train de cueillir. Nous étions en pleine saison chaude. Les piqûres, sises sur le dos de la main, dessinaient des éminences acuminées et violâtres. En quelques heures étaient survenus de grands frissons, des symptômes généraux menaçants, une sensation ininterrompue de froid. Le bras s'était enflé presque subitement, jusqu'au coude. Sur les taches livides, larges comme une lentille — avec un cercle d'induration à leur pourtour, dont le rose plus vif tranchait sur les tons mats de l'œdème circonvoisin — existait une perforation centrale, livrant passage à une espèce de glu noire, comme de la poix.

Le diagnostic fut celui de piqûres charbonneuses, et nous instituâmes séance tenante le traitement par l'iode *intus* et *extra*. Nous prescrivîmes la solution du docteur Chipault, d'Orléans, qui consiste

anatomicæ. M. Corradi a retrouvé cette expérience, non pas sur un, mais sur deux condamnés, dans l'ouvrage de *Compositione medicamentorum*, et il part de là pour faire comprendre que le fait n'est pas isolé, à cette époque ; que dans diverses circonstances, l'on a usé des mêmes moyens pour expérimenter soit les effets des poisons, soit leurs antidotes ; et l'érudit professeur de Pavie a, comme toujours, la bonne fortune de nous donner des observations inédites, extraites d'archives authentiques, qu'il accompagne de réflexions sagaces d'un haut intérêt.

III. Le docteur Lemos, junior, a choisi pour sujet de sa thèse l'histoire de la médecine en Portugal ; il a fait suivre cette publication de plusieurs articles parus dans la *Revista da Soc. de instrucçao*, de Porto (1882), et dans la *Medicina contemporanea*, de Lisbonne (1884). Cette histoire ne nous était pas familière, — nous ne parlons pas de l'époque actuelle, — et nous avons parcouru avec intérêt les documents dus à M. Lemos. En Portugal comme dans toute l'Europe, à peu près, la médecine a d'abord été exercée par les prêtres, qui formaient certainement la classe la plus instruite du pays. Le premier collège ou établissement médical fut établi au monastère de Santa-Cruz, peu après 1130, et ce n'est que plus tard, que les clercs participèrent à l'enseignement de la médecine d'abord, et ensuite à son exercice. L'arabisme, ou plus simplement les doctrines des médecins arabes, furent enseignées avec honneur à Santa-Cruz, de même qu'elles l'étaient à Paris et ailleurs, et l'influence de Cordoue dut persister en Portugal plus longtemps, vu les rapports de voisinage, que dans l'Europe occidentale. L'auteur fait connaître les transformations et les phases de la médecine portugaise depuis le merveilleux XIIe siècle jusqu'à l'organisation actuelle ; nous aurons occasion de le citer quelquefois; les renseignements que nous possédions sur l'histoire de notre art en Portugal remontaient à Solares (1820), et ils avaient besoin d'être complétés.

A. Dureau.

École de médecine de Besançon. — M. le docteur Rolland est institué suppléant des chaires de patohlogie et de clinique médicales.

en 3 grammes de teinture dilués dans 120 grammes de véhicule, avec quantité suffisante d'iodure de potassium pour obtenir une solution parfaite. J'injectai de cette liqueur quatre seringues de Pravaz pleines, en couronne, au tour et au-dessus du coude. J'y joignis une cuillerée à café du mélange, à prendre toutes les heures par la bouche, dans un demi-verre d'eau et de sirop quelconque. Le lendemain, agréable surprise, je constatai l'état suivant : les taches, non agrandies, suintaient un peu par leur centre plus largement ouvert. Quelques vésicules périphériques, se détachant au milieu d'une sorte de putrilage, étaient apparues; l'œdème avait tenté de franchir le coude, mais, chose bizarre, son extension s'était faite par des dentelures correspondant aux quatre intervalles de mes injections de la veille. Immédiatement, je refis quatre nouvelles injections en tête de ces dentelures, recommandant de continuer l'ordonnance pour le reste. Vingt-quatre heures plus tard, arrêt définitif de l'œdème, tant en hauteur qu'en volume. Excellent état des trois taches virulentes dont le sphacèle, enrayé dans son étendue, subissait l'élimination pure et simple. Au cinquième jour, plaies en voie de guérison, avec un pansement à l'acide phénique.

Obs. II.—Il y a deux ans, on me fait appeler pour une petite fille qui, jouant autour d'une boucherie, en plein mois de juillet, est revenue toute en larmes chez sa mère, avec la main piquée, douloureuse et déjà enflée. L'œdème monte à vue d'œil, si bien qu'à mon arrivée je le trouve s'étendant jusque sous l'épaule. Le dos de la main porte une trace de morsure noire, analogue à celles décrites plus haut, et d'où rayonne l'empâtement. Je fais autour du bras trois injections en couronne à pleine seringue, et je prescris dix gouttes du même liquide à prendre d'heure en heure par la bouche, dans un demi-verre d'eau sucrée. Le lendemain, l'œdème brachial subissait un commencement de flétrissure; la tache pathologique se limitait, se sphacélait, pour laisser à sa suite une ulcération bénigne. Le surlendemain, tout péril avait disparu.

Réflexions. — Bien que je me sois muni de toutes les précautions indispensables pour ne point porter, dans les cas précédents, un diagnostic hasardeux, je prévois d'avance les objections qu'ils peuvent me susciter de la part de quelques esprits. Ici, du reste, je me suis privé d'un témoignage irréfragable, celui du microscope. En conséquence, je fais la partie belle à mes contradicteurs, surtout à ceux qui croient sincèrement à l'existence de pseudo-pustules malignes. Les partisans de cette opinion ont un rang et une autorité trop considérables dans la science, pour qu'il me soit permis d'élever la voix contre eux. Je me mettrai donc sous l'égide du savant professeur Cornil, qui nous dit en substance : « L'authenticité de la « pseudo-pustule s'impose, selon d'excellents observateurs, « pour plusieurs motifs : 1° L'absence des bacilles caractéristiques dans les matières soumises à l'enquête (Tuffier et « Gallois); 2° la guérison spontanée et relativement fréquente « de certains pustuleux (Rayer, Guérin, Widal, Bonnet). « Aussi M. Nicaise a-t-il inspiré à un de ses internes, Coulom, « un travail en 1882 sur les caractères d'identité de la pseudo-« pustule. M. Cornil ne point d'une manière systématique, mais avoue n'être point suffisamment convaincu « par les arguments invoqués, et cela parce que, d'une part, « le docteur Reynier a vu mourir deux malades de pustules « malignes dans lesquelles aucun bacille ne put être découvert, que d'autre part, les faits les plus récents paraissent « montrer le charbon gastro-intestinal comme n'étant pas toujours mortel, et qu'enfin une série d'expériences conduites « par le docteur Reclus prouve qu'une *pustule caractéristique* « *spontanément guérie chez un cuisinier de Bicêtre, à l'égard* » *de laquelle l'examen microscopique était resté négatif, permit de développer par inoculation chez plusieurs cobayes* « *tous les désordres connus du sang de rate.* » (1). Donc, bénéficiant du donte qui plane sur la dispute, nous persistons à dire nos deux malades ci-dessus *légitimement charbonneux*. Du reste, nous nous sommes mieux mis en garde pour le suivant, auquel le microscope est venu donner la confirmation d'un diagnostic qui se devinait d'ailleurs déjà irréfutablement sans lui.

Obs. III. — Chez ce malade, nous pûmes parfaitement voir la bactérie charbonneuse, qui se caractérise par sa forme longue, digitée, phalanginée. Du reste, l'ensemble clinique parlait de lui-même, comme on va le voir. En août dernier, un homme perçoit dans le sommeil un chatouillement sur la joue; il se gratte et se rendort. Le lendemain, ses camarades de travail le plaisantent en lui disant qu'on l'a mordu sans donte sur la figure. Etonné de ne sentir qu'une légère démangeaison, il demande un miroir, dans lequel il se voit la joue gauche un peu grosse, marquée d'une éraillure légèrement suintante. Il continue quand même son travail. C'était le vendredi 13 août. Le lendemain, toujours même état de la sensibilité, mais progrès du gonflement et de l'ulcération, d'où s'échappe une humeur claire, assez abondante. Le dimanche, joue énorme, ulcération sanieuse, livide, cerclée de rouge, au milieu d'un œdème lardacé. — Cataplasmes en permanence, sur les conseils d'un pharmacien. Le lundi 16, on me priait de courir au plus vite voir le malade qui avait passé une nuit peu rassurante. Je fus atterré de sa situation. La joue, plaquée d'une tache noire, large comme une pièce de deux francs, était sillonnée de gouttelettes séreuses. La tache, entourée d'un cercle de vésicules, encloses elles-mêmes dans une zone extérieure de tissu rouge sombre, s'implantait sur une masse œdémateuse partant du sourcil gauche, avec occlusion forcée des paupières, pour aller se perdre le long du cou et du thorax jusqu'à la base de la poitrine. La dernière nuit, inquiétude permanente, grands frissons, crises et vomissements et, symptôme de mauvais augure, œdème de la glotte avec sifflement laryngien et raucité de la voix. Le pouls, plein, vibrant, battait 120, en coïncidence avec une température fébrile très nette. Devant un pareil ensemble, le diagnostic d'infection charbonneuse se dénonçait de lui-même, et le microscope nous le confirma. Un phénomène nous a beaucoup surpris, la médiocrité relative des douleurs. Séance tenante, nous instituâmes la médication iodique. Quatre injections furent faites autour et en dehors de la tache. Une cuillerée à café du liquide fut prise par la bouche, toutes les heures, dans un peu d'eau. Le soir même, la marche extensive du mal avait subi un temps d'arrêt. Trois nouvelles injections en dehors des premières; à continuer pour le reste. Le lendemain, 17, état stationnaire; même conduite que la veille, complétée par l'emploi extérieur de la glace pour combattre la réaction inflammatoire des piqûres. Une consultation médicale est résolue pour le jour suivant dans le but de procéder à une large destruction ignée, qui nous semble indispensable, vu la gravité des circonstances. Munis du matériel nécessaire, nous constatâmes avec plaisir, mon confrère et moi, que les limites extrêmes du gonflement s'étaient rétrécies, que le malade accusait un peu de mieux-être général, qu'en conséquence il y avait lieu de surseoir à nos projets et de nous en tenir à la prescription en vigueur. Une piqûre iodique fut donc faite sur un point plus en relief que les autres, nous maintînmes au surplus les sacs de glace, en même temps que l'iode à l'intérieur, et nous attendîmes. Le soir, détente plus franche. Nous pûmes nous convaincre dès lors, tous deux, que nous étions maîtres de la situation. En effet, dans les trois jours qui suivirent, nous nous bornâmes à faire quelques piqûres, et à continuer le surplus de la prescription. L'œdème se résolvait sensiblement, au point de

(1) Cornil et Babès : *Traité des bactéries*. Alcan, 1886.

ne plus s'étendre en-deçà de la clavicule. Les paupières pouvaient maintenant s'ouvrir et la face commençait à perdre cette bouffissure qu'elle n'avait cessé d'offrir jusque-là. Il se formait au centre d'une piqûre même, au bas du visage, un petit foyer de fluctuation indiquant une suppuration prochaine qui ne tarda pas à s'établir en effet, quoiqu'elle ne dût fournir que quelques gouttes de pus. Nous reviendrons sur ce détail dans nos commentaires ultérieurs.

Au dixième jour, tout l'œdème qui s'était flétri laissait à découvert une tache noire et dure, de gangrène momifiée, qui, accrue par le sillon éliminateur périphérique, paraissait avoir les dimensions d'une pièce de cinq francs. Nous la soulevâmes par un point et la détachâmes graduellement à coups de ciseaux. Elle avait plus d'un centimètre d'épaisseur, que dis-je ? elle était plus épaisse encore, puisque nous avions eu soin de ne faire porter nos entailles que sur les parties mortes. Aussi les restes du sphacèle furent-ils lents à s'éliminer ensuite et la fermeture de la brèche ne devint-elle totale qu'au bout de deux semaines, couronnant ainsi nos efforts de la plus heureuse réussite.

Réflexions. — L'observation précédsnte est curieuse à qnelques titres qne nous allons faire ressortir :

1o Le diagnostic aurait pn en quelque sorte être porté au premier coup d'œil. Nous l'avons néanmoins contrôlé à l'aide dn microscope.

2o L'œdéms du larynx conférait à la situation nne gravité qni eût fait naître dans l'esprit de tous les médecins les mêmes inquiétudes que dans le nôtre.

3o Dès les premières injections, la marche extensive des symptômes fut suspendne.

4o Nous nous sommes servis du froid, le deuxième jour du traitement, dans le but unique d'éteindre la réaction inflammatoire des piqûres. Nous ne voulons point être trop affirmatif, mais nous penchons à croire que le froid aurait eu une double influence bienfaisante, c'est-à-dire qu'il aurait au snrplus aidé et complété l'iode dans son action microbicide. Nous nous basons, pour penser ainsi, sur quelques points théoriques et pratiqnes. M. Cornil énonce qne si les bactériss charbonnsuses ns succombent point même sous un froid de — 45o maintenu pendant plusieurs beures, cependant les températures extrêmes sont défavorablss à leur pullulation. Aussi, tons les volatiles, hormis le moineau, ns sont-ils susceptibles, parce que leur sang monte à 41o et 42o, de prendre régulièrement le charbon que si on les baigne dans l'eau froide (Pasteur). De même les grenouilles ne se laissent infecter qn'en les plongeant dans l'eau tiède (Gibier). D'où il appert que le point thermique le plus favorable à la bactérie charbonneuse oscille entre 37o et 39o. Voilà donc un fait acquis. La conclusion pratique est que les températures inférieures à ces derniers chiffres ne peuvent qu'amoindrir l'effectif de l'armée envahissante et en entraver la marche. Un médecin de notre voisinage a joné sur cette donnée l'existence d'un de ses malades et n'a point eu lien de s'en repentir. Sa prescription, la simplicité même, ss borna à glacer sous des pulvérisations d'éther, faites à de courts intervalles, les zones surprises par le virus, et son malade guérit. Pour notre part, nous avons vu le froid réduire presque à néant la phlogose de nos piqûres et faire rétracter en quelques jours l'énorme œdème sur lequel nons l'appliquions.

5o Un petit abcès survint au bas de la joue, en bordure même de la croûte gangrénense. C'est justement dans le point d'où l'œdème fusait vers la poitrine, entre le lieu d'entrée et les régions où le tissu cellulaire, plus lâche, offrait une voie tout ouverte au torrent envahisseur. Cette circonstance, d'ordre secondaire et tardif, ne nous semble point négligeable. En effet, M. Pasteur a découvert que la putréfaction tue la bactérie charbonnense ; si une culture contient à la fois des éléments de ces denx origines, le premier détruit l'autre, et le tont, inoculé aux animaux, ne leur donne plus le charbon. La nature réalise dn rsste en partie cette sxpérience chez l'homme, car, à la base et an pourtonr de la pustule maligne, il se forme de petits foyers purulents ; les microbes de la putréfaction snrgissent pour opposer une barrière aux antres (Cornil et Babès : *Les bactéries*, page 588). Une collection purulente au voisinage d'une pustule maligne ne doit donc point être considéré comme une circonstance aggravante, mais comme un secours providentiel, sauf le cas, bien improbable du reste, où elle prendrait elle-même le développement d'une véritable infection générale.

6o Le temps écoulé depuis l'inoculation jusqu'au maximum de l'augment dans les phénomènes toxiques fut d'environ 56 hsures.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie

Suite et fin. — Voir les numéros 48 et 49.

XII. Sur l'étiologie et l'anatomie pathologique des inflammations aiguës du poumon, par A. Weichselbaum (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1886, nos 39, 40 et 41). — XIII. Sur l'étiologie du rhinosclérome, par R. Paltauf et A. von Eiselsberg (*Fortschritte der Medicin*, 1886, nos 19 st 20). —XIV. Sur les bacilles de la syphilis et du smegma, avec remarques sur les particularités de coloration de ces bacilles, par H. Bitter (*Virchow's Archiv*, t. CVI, fasc. 2, p. 209), 1886. — XV. Recherches bactériologiques sur le contenu des pustules varioleuses, par P. Guttmann (*Ibidem*, p. 296).

XII. Les recherches bactériologiques de Weichselbaum ont porté sur 129 cas de pneumonie (102 cas de pneumonie primitive, 27 cas de pneumonie secondaire réalisant toutes les variétés possibles de localisation anatomique). Des essais de culture ont été faits avec les produits pneumoniqnes dans 83 de ces 129 cas ; les autres cas ont servi uniquement à des recherches microscopiques. La présence de micro-organismes dans l'exsudat pneumonique recueilli sur le cadavre, peu de temps après la mort, quelquefois même sur le vivant, à l'aide d'une seringue de Pravaz dont le trocart était enfoncé dans les poumons à travers la paroi thoracique, a été constatée dans tous les cas sans exception. L'auteur distingue parmi ces microbes quatre variétés, à savoir :

a. Une première, la plus fréquente, désignés par l'auteur sous le nom de *diplococcus pneumoniæ*, présente, dans la description de Weiscbselbaum, une grande analogie de caractères morphologiques avec le pneumo-coccus de Frænkel, le coccus lancéolé de Talamon.

b. Une seconde variété, le *streptococcus pneumoniæ*, qui ne peut souvent être distingué du premier que d'après les résultats des essais de culturs.

c. Une troisième variété, que l'auteur a rencontrée exclusivement dans des cas de pneumonie secondaire, s'est révélée dans les cultures comme un *staphylococcus* (*aureus* et *albus*).

d. La quatrième variété est représentée par des bacilles capsulés, et paraît être identique au pneumo-coccus de Friedlaender.

Quant au *diplococcus pneumoniæ*, il se distingue du pneumococcus de Friedlaendler en ce qu'il ne se développe pas dans la gélatine, à la température de la chambre; il faut, pour obtenir des résultats, le cultiver dans de l'agar ou du sérum de sang, à une température dépassant 20°. Le développement de ce diplocoque s'arrête au bout de quatre ou cinq jours, et pour qu'il continue, il faut transplanter la culture dans un nouvel échantillon du milieu approprié. Inoculé à des animaux (chiens, lapins, cobayes, souris), le *diplococcus pneumoniæ* n'a développé le plus souvent que des altérations septicémiques du sang et des séreuses, même quand le virus était introduit directement dans la cavité thoracique; dans un certain nombre de cas cependant, l'inoculation a entraîné des lésions pneumoniques (splénisation).

Des résultats, à peu de choses près identiques, ont été obtenus avec les inoculations du *streptococcus pneumoniæ*. Les inoculations de produits de culture du *bacillus pneumoniæ* ont donné des résultats qui concordent en gros avec ceux annoncés par Friedlaender (immunité des lapins contre les inoculations, moindre cependant que l'avait cru Friedlaender).

En somme, Weichselbaum est porté à croire que le froid n'intervient pas comme facteur étiologique de la pneumonie, que celle-ci est une affection infectieuse, pouvant être engendrée par plusieurs agents pathogènes ou microbes, et que celui qui intervient le plus souvent est le *diplococcus pneumoniæ*.

Incidemment, l'auteur a attiré l'attention sur l'*œdème inflammatoire aigu* qu'à l'autopsie des pneumoniques on rencontre assez souvent s'étendant du médiastin au cou, pour remonter jusqu'au voile du palais, voire jusqu'aux conjonctives, et qui est de nature à jeter un jour nouveau sur la pathogénie des métastases méningées.

XIII. Paltauf et Eiselsberg rendent compte des résultats de leurs recherches de bactériologie, qui ont porté sur six cas de rhinosclérome. Ces résultats confirment de tous points ceux qu'avaient annoncés Cornil et Alvarez dans une communication à l'Académie de médecine (voir Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 25 avril 1885, et Archives de physiologie, 30 juin 1885); les deux auteurs en ont donné un résumé sous forme de conclusions dont voici la teneur :

1° Dans les foyers de rhinosclérome, il existe toujours des bactéries caractéristiques, avec capsules d'enveloppe, ainsi que l'avaient constaté précédemment d'autres observateurs;

2° Dans six cas de cette affection, on a pu isoler, par voie de cultures pures du suc provenant des tissus envahis par le rhinosclérome, une seule et même variété de bactéries, absolument semblable à celle qu'on rencontre dans l'intimité des tissus;

3° On n'a jamais obtenu de cultures d'autres bactéries;

4° Ces bactéries du rhinosclérome offrent de très grandes analogies avec les bactéries de la pneumonie fibrineuse (coccus capsulés de Friedlaender).

5° Quand on les inocule à des animaux (souris, cobayes), ils occasionnent, absolument comme les inoculations du coccus capsulé de la pneumonie, des lésions inflammatoires de la plèvre, des abcès sous-cutanés et intra-musculaires et la mort;

6° Il n'a pas été possible de communiquer aux animaux inoculés une affection semblable au rhinosclérome;

7° Néanmoins, étant donné que ces bactéries se rencontrent toujours en très grand nombre et seules dans les foyers de rhinosclérome, il y a lieu de les considérer comme les agents pathogènes de cette affection;

8° Des ensemencements faits avec la sécrétion nasale, recueillie chez un des malades, ont également donné des cultures de cette même bactérie.

Suivent des considérations sur les relations pathogéniques possibles du rhinosclérome, de l'ozène et de la pneumonie.

XIV. Avant d'exposer les résultats de ses recherches personnelles, faites dans le laboratoire et sous la direction du professeur Matterstock (de Wurzbourg), Bitter passe en revue les différents travaux parus jusqu'à ce jour et relatifs à la question du bacille de la syphilis. La comparaison des résultats annoncés par les auteurs de ces travaux l'amène à conclure : que le bacille de Lustgarten se rencontre d'une façon à peu près constante dans l'épaisseur des tissus envahis par des altérations syphilitiques; que les résultats négatifs annoncés par l'un ou l'autre histologiste peuvent trouver une explication dans des circonstances diverses. A ce propos, Bitter fait ressortir que pour le succès de cette recherche du bacille de Lustgarten, il n'est pas indifférent d'utiliser des lésions syphilitiques plus ou moins anciennes, car il semble, d'après les observations de Doutrelepont et Schütz, que plus les lésions sont récentes, plus les bacilles s'y doivent rencontrer en grand nombre.

Donc, la signification étiologique des bacilles (de Lustgarten), enclavés dans l'épaisseur des foyers syphilitiques, ne paraît pas douteuse pour Bitter. Autre chose est pour la valeur diagnostique des bacilles qu'on trouve dans les produits sécrétés, au siège des lésions syphilitiques. On sait, par les recherches de Matterstock, d'Alvarez et Tavel, que le smegma préputial et vulvaire renferme des bacilles qui offrent les plus grandes analogies avec le bacille de Lustgarten. Le principal objet des recherches de Bitter a précisément été de poursuivre l'étude des caractères différentiels du bacille de Lustgarten et des bacilles du smegma physiologique, de ces derniers bacilles et des *bacilli tuberculosi*, avec lesquels les bacilles du smegma offrent également une grande ressemblance. Pour les détails de cette étude, nous renvoyons au travail de Bitter. Nous dirons seulement que l'auteur n'a pas distingué moins de huit formes différentes de bacilles dans le smegma physiologique; qu'il taxe d'erronée l'assertion de Klemperer, comme quoi les bacilles du smegma se rencontrent toujours dans le voisinage plus ou moins immédiat de cellules épithéliales; qu'il est impossible de distinguer les bacilles de Lustgarten et ceux du smegma physiologique à l'aide des seuls procédés de coloration; que, conformément aux résultats annoncés par Alvarez et Tavel, les bacilles du smegma opposent à l'action décolorante des acides faibles une résistance plus grande que les bacilles de Lustgarten enclavés dans l'épaisseur des tissus; qu'il existe dans le smegma physiologique, des bacilles qui se comportent, par rapport au réactif d'Erlich, de la même façon que les bacilles de la tuberculose. Tavel avait avancé que les bacilles du smegma se distinguent de ceux de la tuberculose en ce que les premiers se décolorent immédiatement au contact de l'acide nitrique concentré; Bitter conteste l'exacti-

tude de cette assertion. D'autre part, Alvarez-Tavel et Klemperer ont indiqué comme autre caractère différentiel, permettant de distinguer ces deux variétés de bacilles, la résistance différente qu'ils opposent à l'alcool absolu après décoloration des préparations opérée au moyen de l'acide nitrique. Les observations de Bitter démontrent que ce caractère n'est pas constant, que parfois les bacilles du smegma, comme ceux de la tuberculose, opposent une grande résistance à l'action décolorante de l'alcool absolu.

XV. P. Guttmann, ayant eu récemment dans son service un enfant de 4 ans, atteint de la variole, a fait des ensemencements avec le contenu des pustules, recueilli avec toutes les précautions antiseptiques exigibles. L'éruption datait de quatre jours lorsque furent faits les premiers ensemencements dans de l'agar-agar, dans de la gélatine à la peptone de viande, dans du sérum sanguin (six ensemencements dans chaque) et dans du bouillon (trois ensemencements). Les milieux de culture, sauf la gélatine à la peptone de viande, ont été déposés dans un thermostat et exposés à la température de 37°. Dans trois des verres contenant de l'agar-agar, il s'était développé au bout de vingt-quatre heures des colonies sous forme de points blancs, qui prirent dans la suite une teinte jaune. Dans un des verres contenant du sérum sanguin, même résultat; dans un autre, éclosion de colonies qui ont conservé jusqu'au bout une teinte blanche. Dans un des trois verres contenant du bouillon, apparition de colonies un peu troubles qui, réensemencées, donnèrent naissance à des colonies jaunes; même résultat dans un des six verres contenant de la gélatine-peptone.

Les expériences et les observations ultérieures de Guttmann ont fourni la preuve que les colonies jaunes étaient formées par un coccus pathogène qui n'était autre que le *staphylococcus pyogenes aureus*; que les colonies blanches étaient constituées par un coccus indifférent, non pathogène. C'est pourquoi l'auteur n'a pas jugé à propos de lui donner un nom spécial; il ajoute toutefois qu'il n'est pas invraisemblable que ce second coccus soit le même que le *coccus cereus albus*, signalé par Passet dans son travail sur l'étiologie des phlegmons suppurés chez l'homme (Berlin, 1885).

De nouveaux ensemencements, pratiqués deux jours plus tard, ont donné des résultats concordants, avec une proportion plus grande d'insuccès.

Enfin, une troisième série d'ensemencements faits quatre jours après la première, alors que les pustules étaient déjà en voie de dessiccation, n'a abouti qu'à l'éclosion de colonies blanches (dans un verre sur six, contenant de l'agar-agar).

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'art des accouchements, par S. Tarnier et P. Budin, t. II (*Pathologie de la grossesse*); in-8 de 586 pages, avec 66 figures intercalées dans le texte. — Steinheil, éditeur.

Lorsque M. Tarnier, après la mort du regretté Chantreuil, annonça qu'il avait choisi M. Budin pour continuer son « Traité de l'art des accouchements », les souscripteurs à cet ouvrage et tous ceux qui s'occupent d'obstétrique furent doublement satisfaits de cette décision : ils connaissaient la valeur scientifique et l'activité opiniâtre du nouveau collaborateur de M. Tarnier, et de ce moment ils furent convaincus que le second volume serait à la hauteur du premier et de plus que sa publication serait à brève échéance. Leur attente ne devait se réaliser qu'en partie, car c'est seulement aujourd'hui, c'est-à-dire cinq ans après, que ce volume si longtemps désiré vient de paraître. Les amis et les élèves de M. Budin savent quelle longue et cruelle maladie il vient de traverser, par quelle opération elle s'est terminée, ils ne seront donc pas étonnés du retard éprouvé par le volume, mais bien du peu de temps qui s'est écoulé entre sa publication et la guérison de celui qui avait toutes leurs sympathies.

D'ailleurs, si les souscripteurs ont dû prendre patience, c'est le cas de dire « qu'ils n'auront pas perdu pour attendre », car des modifications importantes ont été apportées au plan primitif de l'édition. En effet, la « Pathologie de la grossesse » devait être, dans le principe, le premier fascicule du deuxième et dernier volume; or, il a été impossible aux auteurs de s'enfermer dans un cadre si étroit, si bien que ce fascicule est devenu un beau volume de près de 600 pages, c'est le second de l'ouvrage; le troisième contiendra la « Dystocie et les Opérations ».

Nous ne jetterons qu'un coup d'œil d'ensemble sur le volume qui vient de paraître, laissant à qui de droit le plaisir de le parcourir en détail et d'en donner une analyse plus complète.

En le feuilletant rapidement, une chose frappe tout d'abord, c'est un long chapitre intitulé : « Aperçu de tératologie », qui ne compte pas moins de 90 pages..... — Nous nous rappelons encore les critiques (nous dirons presque l'effarement) de certaines personnes lorsqu'elles trouvèrent dans le premier volume de Tarnier et Chantreuil un chapitre d'ovologie et d'embryologie : « Comment ! étudier ces sujets, et si longuement, dans un Traité d'accouchements!... Mais cela ne s'était jamais vu!... » Ce qui n'empêcha pas les médecins et les élèves désireux de s'instruire de lire avec fruit le chapitre incriminé, d'autant mieux que, le fascicule d'embryologie de Sappey n'ayant pas encore paru, il était impossible d'étudier l'embryologie autre part que dans les ouvrages spéciaux fort longs à lire et pas toujours très faciles à comprendre. Aujourd'hui, ces mêmes personnes s'écrieront peut-être « qu'on n'a jamais vu un chapitre « Tératologie » aussi étendu dans un Traité d'obstétrique, etc... » et, le cas échéant, elles seront les premières à le... consulter. En effet, qui a le temps de feuilleter Is. Geoffroy Saint-Hilaire? qui possède dans sa bibliothèque l'atlas si curieux d'Ahlfeld?... Cette innovation, à notre avis, est heureuse, puisqu'elle est utile; et les médecins accueilleront avec plaisir ce chapitre où, sous une forme très concise, ils verront défiler cette longue suite « d'erreurs de la nature » qui ont tant fait travailler l'imagination des poètes et des médecins de l'antiquité. Un certain nombre de figures, dont plusieurs inédites, complètent le texte et satisfont la curiosité du lecteur qui, d'un coup d'œil, est pleinement renseigné. Nous regrettons que ces figures ne soient pas en plus grand nombre, mais la crainte de donner à ce chapitre plus d'importance qu'il devait avoir a probablement empêché les auteurs de les multiplier.

Les articles « Vomissements incoercibles » et « Syphilis » ont été traités avec une compétence et un sens pratique qui seront appréciés comme ils le méritent.

Le chapitre « Avortement » prend, à l'heure actuelle, une importance qui n'échappera pas aux médecins dont le désir est de suivre une ligne de conduite sûre, loin des tentatives aventureuses de toutes sortes.

La « Grossesse extra-utérine » est longuement traitée. Les auteurs ont mis à contribution les travaux les plus récents; ils ont souvent emprunté à la thèse si intéressante de Maygrier et, selon toute justice, ils n'ont pas manqué de citer cet auteur chaque fois qu'ils ont eu recours à son travail.

Notons encore au passage «Mort du fœtus »,« Traumatisme fœtal », « Quantité insuffisante du liquide amniotique », etc., qui sont autant de petits chapitres absolument nouveaux par la façon dont ils sont présentés.

Signalons, en terminant, une autre innovation que nous ne saurions trop approuver. Ce volume se distingue du premier en ce que chaque chapitre est précédé d'un index bibliographique, parfois long, mais utile et absolument précis dans ses renseignements.

Certes, nous ne sommes pas de ceux qui tombent en admiration devant les longues tirades d'indications bibliographiques, simulacre habituel d'une érudition factice, dû le plus souvent à la plume d'un pauvre diable de copiste étranger à la médecine qu'on paie cinq centimes l'indication! mais lorsque des auteurs prennent la peine, eux-mêmes, de lire dans leurs textes primitifs les travaux tant français qu'étrangers pour en tirer ce qui est utile à l'instruction du lecteur, il me semble que cela est méritoire; l'indication bibliographique n'est plus alors qu'un moyen de contrôle qui permet au lecteur de vérifier le texte primitif et de lire le travail en entier s'il le désire. Son utilité s'impose; en outre il y a quelque chose en plus: qu'un chien, broyant un os à moelle, oublie, en savourant celle-ci, de penser à qui cet os a appartenu, cela est possible et peut-être cela est-il ainsi; mais qu'après avoir extrait d'un auteur toute sa moelle, c'est-à-dire ses idées, ce qui lui appartient, on se l'approprie feignant d'oublier de le citer, c'est plus que de l'ingratitude, c'est de la malhonnêteté scientifique. Voilà pourquoi les indications bibliographiques ne seront jamais trop nombreuses, bien entendu quand elles signifient quelque chose; voilà pourquoi nous pensons que MM. Tarnier et Budin ont bien fait d'ajouter un index bibliographique à ces chapitres sur lesquels on a tant écrit. Cette besogne longue, ingrate, fastidieuse, ils l'ont faite pour l'épargner à ceux qu'ils ont mission d'instruire; ceux-ci ne pourront que les en remercier.

CROUZAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PUBLICATIONS DIVERSES du docteur FR. GUERMONPREZ.

Il est des travailleurs en province, tenaces, acharnés et dont le mérite arrive enfin à se faire jour. Témoin le docteur Fr. Guermonprez, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, dont la somme de travaux est déjà considérable.

La *Gazette Médicale* a eu maintes fois l'occasion de signaler plusieurs de ses études. Nous en avons encore sous la main de nouvelles et plus qu'il n'en faudrait pour constituer le bagage scientifique de la vie entière de plusieurs professeurs. Et quelle variété dans les sujets traités!

Après avoir abordé un certain nombre de questions se rattachant à l'histoire naturelle médicale, M. Guermonprez, entraîné par la pratique, s'est mis à publier des travaux tantôt de thérapeutique médicale, tantôt et plus souvent de thérapeutique chirurgicale (emploi du crin de Florence, doigtier métallique, etc.), et aussi des recherches de pathologie interne et externe; il a en outre inspiré plusieurs thèses importantes à ses élèves (1). Mais ce qui fait l'objet le plus original des études de M. Guermonprez, ce sont les accidents survenant dans ces grands établissements industriels, si nombreux et si variés, qui font du département du nord un département à part. Après avoir publié successivement plusieurs brochures sur *les arrachements industriels*, sur *les plaies des ouvriers en bois*, sur *les plaies par peignes de filature de lin ou de coton*, etc., ces multiples études, l'auteur a commencé de les grouper en un corps d'ensemble sous un titre générique. Nous n'avons encore que le premier fascicule de la *Pratique Chirurgicale des établissements industriels* (2), mais nous avons la certitude que la fin de ce recueil on ne peut plus spécial et sans précédent ne déméritera pas. Cette énergie au travail n'est-elle pas digne d'être offerte en exemple, d'autant mieux qu'elle s'accompagne d'une louable modestie qui s'accuse dans ces lignes de la préface: « En me hasardant, dit M Guermonprez, à livrer les faits saillants de ma pratique à la publicité, je souhaite que d'autres agissent de même.

Produire des documents, les livrer à la controverse, c'est ouvrir la voie, ce sera bientôt creuser le sillon.

Plus tard, un auteur viendra en son temps, et fera, pour la chirurgie des établissements industriels, le traité complet qu'il semble prématuré d'entreprendre aujourd'hui. »

Ce double vœu, nous ne pouvons mieux faire que d'y applaudir et d'en désirer la prompte réalisation. N'est-ce pas un digne sujet d'étude et des plus utiles que celui qui a pour but de chercher à soulager ces blessés de la grande lutte pour la vie, ces ouvriers qui sur le champ de bataille de l'industrie sont les soldats et trop souvent les victimes du combat pour la civilisation?

Dr ALBERTUS

REVUE DES THÈSES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES NÉPHRITES INFECTIEUSES, par M. le docteur GILLES.

Malgré le nombre considérable de travaux dont la pathologie du rein a été l'objet depuis quelques années et malgré les progrès qui ont été réalisés dans l'étude des néphrites, il reste cependant bien des points obscurs que l'observation et l'expérimentation ultérieures parviendront certainement à élucider un jour. Cette remarque vise surtout le groupe des néphrites dites *infectieuses*, dont le nombre s'accroît chaque jour et qui paraissent appelées à tenir une grande place en pathologie. En ce qui les concerne, une question importante reste à résoudre, celle de savoir si les lésions rénales par lesquelles elles se caractérisent anatomiquement et cliniquement n'ent

(1) 1° Des plaies contuses de la main et des doigts et de leur traitement par la méthode antiseptique, thèse du docteur René Coüetoux. 2° Des procédés de la cravate dans les luxations anciennes de l'épaule, thèse du docteur Antoine Voreux, consacrée à la réhabilitation d'une méthode de réduction par trop délaissée de nos jours. 3° Etude sur la luxation du pied en arrière, thèse du docteur D. Billaux.

(2) 1 vol. in-8° de 352 pages, Paris, J. B. Baillère et fils.

qu'une existence passagère, transitoire comme la maladie générale qni lee engendre, on si elles penvent survivre à celles-ci et paseer définitivement à l'état chronique.

Le travail de M. Gillee, qui vise particulièrement ce dernier point, conclut à l'affirmative, en étayant cette conclusion eur un nombre de faits assez restreint, il est vrai, maie dont qnelques-uns ont tonte la valeur des faits bien observés. D'aprèe ces faits, le passage à l'état chronique serait indéniable pour les maladies nettement infectieuses, comme la dothiénentérie, la variole, la syphylie, l'état pnerpéral, l'impaludisme et lee différentes variétés de septicémie chirurgicale. Les résultats eeraient moins nets en ce qui concerne les autres fièvree éruptives, la diphtérie, le choléra, le typhus et la fièvre jaone. Il y a donte ponr la scarlatine, une des maladies infectieuses qni semble se localiser de préférence sur le rein, et à laquelle, jusqu'à présent, on attribuait sans preuves suffisantes la propriété de faire naître des lésions rénales persistantes.

Telles sont les conclusions encore nn peu indécises qui résultent des observations de M. Gilles. Malgré les recherches qne la question réclame encore, on ne peut que s'associer à l'opinion de l'auteur, quand il dit qne cette éventualité dn passage des néphrites infectieuses à l'état chronique est de nature à imposer au pronostic la plus grande réeerve.

Dr P. M.

BULLETIN

ACCROIESEMENT DE L'ACTIVITÉ DES VIRUS. — LA LEÇON D'OUVERTURE DE M. LE PROFESSEUR PETER.

La communication de MM. Arloing et Cornevin à l'Académie des sciences sur l'accroissement de la virulence, commnnication que le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES a reproduite *in extenso* dans son dernier numéro, mérite de fixer l'attention.

Etant donné un virus, tel que le virus du charbon symptomatique, sur lequel les anteurs lyonnais ont expérimenté, on pent, à volonté, accroître ou atténuer ses propriétés nocives, et cela dans des proportions considérahles, puisque, d'une part, on peut rendre l'action de ce virus en quelque sorte foudroyante, et que, de l'autre, on peut lni enlever tonte nocivité.

Or, ce que l'expérimentation obtient ainsi dans un laboratoire, par un simple procédé chimique, se réalise parfois sous l'influence de conditons propres à l'animal (surmenage) ou au milien dans lequel il vit (pays d'industrie laitière, fermentations accidentelles du sol favorables à la conservation et à l'accroissement de la virulence). Quelle que soit, en effet, l'origine de l'acide lactique, qu'il soit un produit de laboratoire, qu'il résulte des actions chimiques provoquées dans l'intimité des tissus par la contraction musculaire, ou qu'il soit dû à des fermentations quelconques se produisant dans les couches snperficielles du sol, il suffit que cet acide soit en contact avec le virus du charbon symptomatique pour doubler, tripler, quadrupler l'activité de ce dernier. D'où il suit que le degré de réceptivité d'un même animal pour ce virus est variable euivant telles conditions, intrinséques ou extrinséques; que telle dose de matière virulente, innoffensive aujourd'hui, peut devenir nuisible demain; que le virus atténué ou vaccin peut, dans certains cas, transmettre, dans toute son intensité et sa gravité, la maladie dont il a pour but de préserver l'animal.

Pour peu qu'on veuille généraliser les réeultats de ces expériences, on voit de quelle prudence il faut user dans lee inoculatione préventives des maladies virulentes.

On nous permettra d'ajouter une autre réflexion. Dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur la communication de M. Gautier relative aux ptomaînes, nous avons émis l'opinion que, la virulence des microbes pathogénes étant un fait contingent, ce que démontre la possibilité d'atténuer, puis de restituer aux microbes cette virulence, il peut et doit se présenter des conditions dans lesquelles tel microbe, d'ordinaire inoffensif, peut acquérir de la virulence et devenir pathogène. Les expériences de MM. Arloing et Cornevin donnent un commencement de justification à cette manière de voir. S'il est possible, en effet, de porter de 1 à 4 la virulence du bacille du charbon symptomatique, on se demande vraiment pourquoi l'on ne pourrait pas porter de 0 à 1 la virulence de tel autre microbe. Nous appelons de nouveau sur ce point l'attention des bactériologistes, en particulier celle des deux expérimentateurs lyonnais. Le problème offre assez d'intérêt pour que, avec le talent et la compétence qu'ils possédent, ils en entreprennent la solution.

— Nous publions plus haut, à peu près *in extenso*, la leçon d'ouverture de M. le professeur Peter. On ne saurait faire, en des termes plus modérés et en l'appuyant d'arguments plns puissants, l'examen critique des doctrines médicales contemporaines. C'est ce qu'a montré, par ses applaudissements répétés, le nombreux auditoire qui remplissait mercredi dernier l'amphithéâtre de l'hôpital Necker.

Certes, la clinique ne saurait se désintéresser des grands problèmes que ponrsuit la biologie; mais elle ne saurait davantage suivre de trop prés les variations un peu fréquentes et parfois brusques dee doctrines et rompre, chaque fois qu'une de ces doctrines s'élève sur les ruines des autres, avec la tradition, c'est-à-dire avec l'expérience des générations qui nous ont précédés. La clinique, en effet, ne procède pas par abstraction : elle n'envisage que des faits concrets. Comme l'a rappelé M. Peter, le clinicien ne traite pas des maladies, maie des malades; c'est ce qn'on oublie trop souvent.

Entre la méthode de ceux qui veulent faire plier les faits devant les théories et la mise en vigueur d'un pur empirisme, il y a une large place pour une pratique éclairée, qui se tient au courant de toutes les recherches, de toutes les découvertes scientifiques; qui ne répudie de parti pris aucune de ces découvertes ni les doctrines qu'elles engendrent, mais n'en accepte aucune non plus sans un contrôle sévère; qui puise ses enseignements et ses éléments de progrès dans cet examen impartial en même temps que dans l'observation exacte des malades. C'est à cette pratique que se range M. Peter, et en cela il se montre vraiment clinicien et digne de succéder aux maîtres dont il s'honore d'avoir été l'élève.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

LA PROVINCE MÉDICALE. — Sous ce titre, M. Augagneur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, vient de fonder une feuille nouvelle paraissant tous les samedis. L'œuvre poursnivie par notre honorable confrère est, avant

tont, il le déclare dès la première ligne, *une œuvre de décentralisation.*

« La presse médicale, dit-il un peu plus loin, se divise en deux classes : la presse parisienne et la presse provinciale. La première se répand par toute la France, donnant un grand retentissement aux travaux émanant de la capitale, se bornant de temps à autre à une simple mention des publications provinciales, bien plus souvent encore complètement oubliées. Les cours des professeurs de Paris remplissent les colonnes, ceux des Facultés de province ne paraissent jamais ; les Sociétés savantes de Paris ont leurs procès-verbaux dans vingt journaux chaque semaine, le nom des Sociétés de province n'est même pas connu. La presse provinciale est représentée par de nombreux et excellents organes ; mais chacun d'eux se borne aux intérêts locaux, ne dépasse pas les limites de la région où il se publie et, s'il donne l'hospitalité aux nouvelles étrangères, ira toujours les prendre dans les journaux parisiens. »

Cette situation est parfaitement exacte, mais la faute en est aux professeurs, aux Sociétés de médecine et aux journaux de province. A différentes reprises, nous avons essayé de cette décentralisation poursuivie par M. Augagneur, en ouvrant largement nos colonnes aux professeurs de province, et en faisant aux Sociétés médicales des départements une place égale à celle de nos Académies et de nos Sociétés parisiennes. Sauf quelques rares exceptions, nous n'avons rencontré que des adhésions platoniques, plus souvent la plus parfaite indifférence, parfois même une sorte de sentiment de défiance, presque d'hostilité : il semblait que les intérêts locaux étaient menacés au profit de la presse parisienne. Et c'est pour défendre ces intérêts, mal compris suivant nous, que les travailleurs de province ont gardé exclusivement pour leurs Sociétés et leurs journaux, le fruit de leur observation et de leurs recherches. Si encore ils avaient réuni, concentré leurs efforts ! Mais non ; leurs forces se sont divisées ; chaque groupe a voulu avoir son journal, chaque Société son bulletin ou son organe officiel : de là, dans la plupart des centres d'étude, la fondation de publications périodiques d'autant moins productives et influentes sur le mouvement scientifique qu'elles sont plus nombreuses ; de là l'état de la presse médicale de province dont se plaint M. Augagneur.

Le nouvel organe qu'il vient de fonder remédiera-t-il à cet état de choses ? Notre confrère groupera-t-il toutes les forces éparses pour en constituer un faisceau puissant ? Ce sentiment d'égoïsme et de défiance, inspiré par les intérêts locaux, contre lequel nos tentatives ont échoué, disparaîtra-t-il quand l'initiative ne viendra plus de Paris, mais de Lyon ? C'est ce que l'avenir nous apprendra. En tout cas, nous applaudissons sincèrement au programme de notre confrère lyonnais et souhaitons un plein succès à la PROVINCE MÉDICALE.

— RÉPONSE DE M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE A LA PROTESTATION DES AGRÉGÉS DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — La réponse ministérielle à la protestation des agrégés contre les décrets du 30 juillet, protestation que nous avons reproduite dans un précédent numéro, a été lue récemment en Assemblée générale des agrégés. Pour un peu le ministre accuserait ces messieurs d'ingratitude en même temps que d'une intelligence peu compréhensive, car il n'a jamais eu d'autre but, et les décrets n'auront d'autre effet que de relever la situation morale des agrégés.

Comment cet heureux résultat sera-t-il atteint ?

Un décret du 28 décembre 1885, antérieur par conséquent à ceux du 30 juillet dernier, a remplacé le *Conseil de la Faculté*, composé exclusivement des professeurs, par l'*Assemblée de la Faculté*, dont fait partie, avec les professeurs, les agrégés chargés de cours, de conférences ou de la direction de travaux pratiques. Voilà la manifestation de la bienveillance ministérielle. Malheureusement le nombre des agrégés ayant ainsi accès dans l'Assemblée de la Faculté, constitue une minorité infime par rapport à celui des professeurs qui composent cette assemblée, comme à celui des agrégés en exercice qui en sont exclus. L'influence qui en revient au corps des agrégés est donc très minime, et l'on ne saurait dire, sans hyperbole, que, par ce fait, leur situation morale a grandi.

Il y aurait plutôt lieu de penser que, en supprimant le traitement afférent aux anciens cours, et en obligeant ainsi les agrégés à enseigner uniquement pour l'amour de la science et de sa vulgarisation, M. le ministre a voulu leur inspirer le mépris du vil argent et le culte désintéressé des études scientifiques. Il est certain que, au point de vue philosophique, un pareil désintéressement grandit les âmes : c'est ce que les agrégés n'ont pas compris, les ingrats !

F. DE R.

NOUVELLES

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie, invitée à présenter au ministère de l'Instruction publique deux candidats pour la chaire de pathologie comparée vacante au Muséum d'histoire naturelle de Paris par suite de la mort d'Henri Bouley, a désigné, dans sa séance de lundi dernier, par la voie du scrutin : en première ligne, M. A. Chauveau ; en deuxième ligne, M. P. Gréhant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Chautard est nommé aide de chimie et bactériologie au laboratoire de clinique des maladies des enfants.

M. Lhomme est nommé aide d'anatomie pathologique au laboratoire de clinique des maladies des enfants.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Lefour, agrégé, est chargé d'un cours supplémentaire d'accouchements.

M. Carles, agrégé, est chargé d'un cours supplémentaire de chimie.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Fallot, suppléant, est chargé d'un cours d'anatomie pathologique.

M. le professeur Laget est transféré dans la chaire de clinique interne.

—Un concours s'ouvrira le 15 juin 1887 devant la Faculté de médecine de Montpellier pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole de médecine de Marseille.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. le professeur Ledru est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique externe, en remplacement de M. Fleury, nommé professeur honoraire.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours est ouvert pour deux places d'internes à la Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts.

Les pièces à produire sont les suivantes :

1o Acte de naissance ;

2o Certificat de scolarité constatant le nombre d'inscriptions prises ;

3° Certificat d'un chef de service.

Messieurs les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures, au secrétariat de l'Hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires sur les obligations qui leur sont imposées et sur les avantages qui leur sont réservés.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au samedi 18 décembre 1886.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 28 NOV. AU SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1886

Fièvre typhoïde 22. — Variole 2 — Rougeole 31. — Scarlatine 4. — Coqueluche 10. — Dipthérie, croup 22 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 1 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aigué) 32. — Phthisie pulmonaire 205. — Autres tuberculoses 19. — Autres affections générales 59 — Malformation et débilité des âges extrêmes 53. — Bronchite aiguë 31. — Pneumonie 93. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 30. — au sein et mixte 19. — Inconnu 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 85. — de l'appareil circulatoire 58. — de l'appareil respiratoire 90. — de l'appareil digestif 38 — de l'appareil génito-urinaire 29. — de la peau et du tissu lamineux 4 — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30 — Causes non classées 15. — Total de la semaine : 1.005 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire, t. XV, année 1885. — Paris, Imprimerie nationale.

Traité élémentaire d'hygiène, rédigé conformément aux programmes des lycées de jeunes filles et à l'usage des écoles, lycées, collèges, écoles normales primaires et des élèves qui préparent leurs examens de brevet supérieur, par MM. les docteurs L. Duchesne et Ed. Michel. — Ouvrage couronné par la Société d'instruction élémentaire (Médaille d'argent) et adopté par les écoles et les bibliothèques municipales. — Troisième édition, considérablement augmentée. — Un volume in-18 de 225 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Manuel de technique microscopique applicable à l'histologie, l'anatomie comparée, l'embryologie et la botanique, par le docteur P. Francotte, professeur à l'Athénée royal de Bruxelles. — Paris, J. Lebègue et Ce, éditeurs.

L'Hygiène alimentaire (Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin 1885-1886), par le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin. Un volume in-8 de 250 pages, avec figures dans le texte et une planche chromolithographique hors texte. — Prix . 6 fr. — Il y aura dans quelques jours des exemplaires cartonnés, à 7 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE** ;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8 ; — **Direction et Rédaction** : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Lettres à M. le docteur F. DE RANSE, *directeur de la* GAZETTE MÉDICALE, *sur la théorie du microzyma et le système microbien.*

Suite. — Voir le numéro 49.

Le rapprochement entre les microzymas de la craie et les *petits corps* du lait est de 1864-65. Vers le même temps, je faisais une autre observation, conséquence de celle sur le lait ; j'introduisais dans de l'empois phéniqué bouillant des morceaux de viande et, l'appareil étant scellé, puis laissé à l'étuve, j'y découvrais quelque temps après des bactéries. Ce sont ces deux expériences qui me mirent sur la voie et qui m'engagèrent dans les études concernant les microzymas des êtres organisés. Estor devint mon collaborateur de 1868 à 1876, et pendant cette période la doctrine du microzyma fut presque complètement édifiée. Nous nous sommes d'abord assurés qu'il y a un moyen général, universel, de prouver l'existence des microzymas dans un tissu vivant quelconque, c'est qu'il est toujours possible, pourvu qu'on se place dans de bonnes conditions, de montrer la naissance, à même ce tissu, de vibrioniens. Plus tard, j'ai tenté d'étudier, au point de vue de leur fonction chimique, les microzymas isolés de diverses glandes ou tissus, comme j'avais étudié les microzymas de l'air, de la craie, du sol, etc. ; or, de l'étude particulière des microzymas du foie, commencée avec Estor, puis du pancréas, des glandes gastriques, de la fibrine, des salives, du jaune de l'œuf de poule, etc., etc., il est résulté que, si tous sont morphologiquement identiques, il y en a de fonctionnement différents, même dans un même organisme.

Je ne veux pas rechercher, en ce moment, si quelque lien de parenté ou d'origine rattache les microzymas de l'air à ceux de la terre et des roches calcaires et ceux-ci à ceux des êtres organisés ; mais je ne peux pas trop insister sur ce que la démonstration de la vitalité et de l'organisation des microzymas résulte à la fois du fait qu'ils sont doués de l'activité des ferments organisés et de leur aptitude à évoluer pour devenir vibrioniens.

Non, il n'y a rien d'hypothétique, d'imaginaire ou de fantaisiste, à la base de la théorie du microzyma ; au contraire, tout y est expérimental. Non, elle n'est pas, comme les doctrines microbiennes, le fruit d'un système préconçu ; mais elle résulte de l'application rigoureuse de « la méthode *à posteriori* expérimentale », comme s'exprime M. Chevreul, de patientes investigations et de l'application raisonnée de l'induction philosophique la plus légitime.

Oui, j'avais raison précédemment de soutenir que les microzymas existent aussi certainement que les cellules, et que c'était par pure prétérition que M. Pasteur les disait imaginaires, des êtres de fantaisie, soutenant qu'ils n'étaient

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite et fin. — Voir les numéros 27, 29, 44 et 46

XVII. Après le professeur Bouisson et le docteur Ménière, dont les feuilletons parus ici même ont fait si bien connaître l'état de la médecine à Rome d'après les poètes latins, M. le docteur Edmond Dupouy n'a pas craint de publier un volume sur le même sujet (1). Et ce volume est des plus intéressants quand même. L'auteur, il est vrai, a élargi le cadre de ses prédécesseurs. Il a traité aussi des mœurs de l'ancienne Rome et en d'assez longs détails qui pourront donner à son livre une publicité bien plus grande sans doute que M. Dupouy ne l'aurait rêvée. Car nombre de gens, à l'affût des questions pornographiques, pourront se repaître ici jusqu'à satiété inclusivement de descriptions on ne peut plus réalistes, naturalistes, *solistes* même, dirai-je volontiers, si je n'avais horreur des néologismes.

M. Dupouy passe successivement en revue les œuvres des lyriques et des didactiques : Ovide, Horace, Catulle, Tibulle, Properce ; puis les œuvres des poètes épiques : Virgile, Lucain et Lucrèce, avant d'arriver aux satyriques : Lucilius, Perse, Juvénal et Martial, et de finir par les poètes dramatiques : Sénèque, Térence et surtout Plaute. Nous avons éprouvé quelque surprise à ne pas rencontrer dans cette sorte d'Eroticon Biblion, comme aurait dit Mirabeau, le nom de Pétrone. Le regretté médecin de Lyon, Pétrequin, avait d'ailleurs approfondi déjà le sujet (2). Et puis est-ce bien un poète ce Pétrone, n'est-ce pas plutôt un romancier de son temps ? En tout cas, bien que rempli de passages en vers, le satyricon est plutôt une œuvre en prose.

Quoi qu'il en soit, nous avons été agréablement surpris, en lisant ce volume composé de feuilletons parus dans le journal intitulé le

(1) *Médecine et mœurs de l'ancienne Rome, d'après les poètes latins*, un vol. in-12 de 432 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

(2) Paris, J.-B. Baillière, 1869.

autre chose que des *granulations moléculaires* ou *les molécules organiques* de Buffon. M. Duclaux, en fidèle disciple, ne pouvait pas être d'un avis différent de celui de son maître. Sans doute, il n'a pas nié que les microzymas gastriques, par exemple, fussent doués des propriétés et de la fonction qui les distinguent des microzymas pancréatiques, autant que les glandes gastriques et leur fonction diffèrent du pancréas; seulement, il a prétendu que je n'avais fourni aucune preuve de leur vitalité; mais c'était aussi par prétérition, en passant sous silence le fait de l'évolution bactérienne des microzymas en général.

C'est ici le lieu de fixer la science sur ce point en fixant le point d'histoire dont je parlais.

A l'Académie de médecine, M. Pasteur s'est exprimé comme ceci :

« Le microzyma est, pour moi, un être purement imaginaire; c'est la molécule organique de Buffon dont la science a fait justice depuis longtemps. ..... Je ne connais pas une seule expérience qui puisse faire admettre que les granulations moléculaires, que nous connaissons tous, et que M. Béchamp décrit sous le nom de microzymas, se soient transformées en micrococques, en torula, en bactéries, en vibrions, en cellules de levûre de bière (1). »

Je néglige l'assertion concernant la levûre de bière (2); mais je note avec soin que, d'une part, les microzymas seraient les *molécules organiques* et, d'autre part, qu'ils seraient les *granulations moléculaires*. Or, ces dernières ne sont pas plus imaginaires et des êtres de fantaisie que tel ou tel élément anatomique. La contradiction éclatera lorsque nous saurons exactement ce qu'étaient les molécules organiques de Buffon.

En vérité, c'est à croire que M. Pasteur n'a pas lu attentivement Buffon. Les molécules organiques n'étaient pas, pour l'illustre naturaliste, ce que M. Pasteur s'imagine. Il en faut d'abord ôter l'idée que nous avons de la matière organique et de la matière en général, y compris la matière organisée depuis Lavoisier, et de l'organisation depuis Bichat.

Charles Bonnet, contemporain et adversaire scientifique de Buffon, pensait que « de toutes les modifications de la matière la plus excellente, c'est l'organisation ».

Buffon, de son côté, croyait que « le vivant et l'animé, au lieu d'être un degré métaphysique des êtres, est une propriété physique de la matière.... et que la division générale que l'on devrait faire de la matière est : *matière vivante* et *matière morte*, au lieu de dire : *matière organisée* et *matière brute* ».

N'est-il pas vrai, monsieur et éminent collègue, qu'il s'agit là de matière vivante et de matière morte, dans le même sens que M. Denys Cochin, interprétant les idées de M. Pasteur, parlait de *matière vivante* et de *matière qui a vécu*? Voilà donc qu'avec les idées de M. Pasteur, si elles étaient irrévocablement reçues, la science reculerait de plus d'un siècle en arrière; et l'on appelle cela le progrès!

Les molécules organiques de Buffon n'étaient donc pas formées de ce que, depuis Lavoisier, nous appelons matière organique, objet dont on n'avait aucune idée alors; c'était quelque chose de purement fictif, au même titre que *les vertus de transformation que l'ébullition détruit*, de M. Pasteur, sont quelque chose de purement occulte. Buffon les avait imaginées, comme M. Pasteur ses vertus de transformation, pour s'expliquer l'organisation.

Chose étrange, — mais qui est le fond de la doctrine de Buffon, conforme à sa division de la matière, — les molécules organiques étaient supposées produire indifféremment un cristal de sel marin ou tel autre minéral, un végétal ou un animal! Cela dépendait uniquement des circonstances et du mode d'accrroissement, suivant deux ou trois dimensions. Si l'accroissement avait lieu suivant deux dimensions seulement, les molécules organiques produisaient le minéral. Cela nous paraît absurde et l'est en effet; Buffon était de son temps. Mais à part cela, il faut le comprendre et voir le but de sa conception.

Buffon avait horreur des causes occultes; il ne voulait reconnaître, comme causes des phénomènes matériels, que des *causes corporelles*, si je puis ainsi parler; voilà pourquoi il imagina ses molécules organiques, auxquelles il supposa un corps; en outre, il les supposait *non organisées* mais *vivantes* pourtant, toujours *actives*, universellement répandues et *indestructibles*, c'est-à-dire inanéantissables, comme les atomes. Cependant, il ne croyait pas, ce grand homme, que ses molécules fussent suffisantes pour expliquer l'organisation et le

(1) Bull. Acad. de méd., 2e série, t. XV, p. 679.

(2) J'ai déjà mis M. Pasteur au défi de prouver que j'aie jamais prétendu qu'un microzyma se transforme en cellule de levûre ou en cellule proprement dite quelconque; c'est donc sciemment que M. Pasteur a induit ses auditeurs en erreur.

Moniteur de la Policlinique, surpris, disons-nous, de trouver reproduites avec la plus parfaite correction, des textes latins si habituellement dénaturés ou faussés, ou simplement meurtris dans nos livres de médecine. Nous adressons donc de sincères félicitations à M. Dupouy.

XVIII. Ce sont encore des feuilletons que M. le docteur L. Thomas, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, a groupés sous ce titre : *Lectures sur l'histoire de la médecine* (3). Chacun des huit chapitres qui constituent ce volume, on ne peut plus intéressant, forme une œuvre à part. Le premier est consacré à la description d'une épidémie de cocolisti chez les Mexicains au siècle dernier (Le cocolisti ou matlazahuatl des Indiens).

Le deuxième chapitre traite de la médecine militaire au XVe et au XVIe siècle. La troisième lecture s'occupe de la médecine dans Macrobe, et le quatrième cherche à reproduire la vie d'un étudiant en médecine au Xe siècle. Dans le chapitre suivant, M. L. Thomas, fouillant dans les papiers manuscrits d'un médecin d'origine portugaise, le docteur Ribeiro Sanchez, a réussi à nous intéresser à la vie et aux travaux (consacrés spécialement à l'étude de l'origine non américaine de la syphilis), d'un médecin de la Cour de Russie, dont le docteur Andry avait recueilli les papiers.

Enfin, après un curieux chapitre consacré à l'étude de la pathologie au VIe siècle, d'après le mémoire de Grégoire de Tours, M. Thomas termine son livre par trop court par une étude des plus attrayantes sur le merveilleux en pathologie.

Sobrement et clairement écrit, ce volume se recommande à l'attention des érudits par la somme des recherches qui s'y trouvent concentrées, par l'intérêt des sujets traités, et surtout par le soin que M. Thomas a apporté dans le choix de ses citations et l'exactitude des détails empruntés aux auteurs qu'il a mis à contribution.

XIX. Un autre bibliothécaire de la Faculté de Paris, et non des moins méritants, M. le docteur A. Corlieu, a publié un volume des mieux étudiés sur « Les médecins grecs depuis la mort de Galien jusqu'à la chute de l'Empire d'Orient » (910 à 1453) (1). Pourquoi

(3) Un vol. in-8 de 203 pages. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

(1) Un vol. in-8o de 208 pages, avec une carte. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

monde vivant tel que nous le connaissons; voilà pourquoi il supposait, en outre, la préexistence pour chaque espèce, de ce qu'il appelait le *moule intérieur*, quelque chose comme la *forme préfixe* que Henle imagina plus tard.

Non, non, M. Pasteur ne connaît ni la doctrine de Buffon, ni l'histoire des molécules organiques, autrement il n'aurait pas dit que celles-ci étaient des microzymas (1).

Voyons, maintenant, si le célèbre savant avait davantage raison de soutenir que certaines granulations moléculaires ne sont pas des microzymas, c'est-à-dire ne peuvent pas devenir vibrioniens.

Il convient de rappeler d'abord qu'à l'époque où je distinguais les microzymas comme êtres d'une classe à part, je ne savais pas plus des granulations moléculaires que des molécules organiques, dont personne ne se préoccupait.

Mais M. Pasteur, qui parle aujourd'hui des granulations moléculaires comme les connaissant, qu'en savait-il en 1857, à l'époque où je signalais les *petits corps* de l'eau sucrée intervertie et, même plus tard, en 1865, lorsque je les ai nommés microzymas? Puisqu'il les connaît si bien, et si les microzymas ne sont pas autre chose, comment peut-il traiter ceux-ci d'imaginaires, au même titre que les molécules organiques de Buffon, qu'il ne connaissait pas, et qui, elles, sont vraiment les produits de l'imagination philosophique de l'illustre naturaliste?

J'ai vainement cherché si M. Pasteur leur avait accordé quelque attention ou s'il les avait seulement remarquées. Ce n'est qu'en 1876, dans son livre sur la bière, qu'il les nomma, pour assurer qu'elles étaient quelque chose d'indéterminé, et pour dire là ce qu'il a répété à l'Académie. En fait, M. Pasteur n'a fait attention aux granulations moléculaires et n'en a parlé, pour déclarer qu'il ne les connaissait pas, que lorsque déjà depuis plus de dix ans, je les avais fait sortir de leur obscurité. Cependant, quoique les connaissant, comment se fait-il qu'il ne les ait pas signalées dans le sang, qu'il disait conservé, de son expérience, et dans la viande fortement faisandée où elles existent également? Répondra qui voudra!

A. BÉCHAMP.

(A suivre.)

(1) Pour les développements concernant la doctrine de Buffon et les molécules organiques, voir LES MICROZYMAS, etc. — J.-B. Baillière et fils, Paris, Première conférence.

GYNÉCOLOGIE

DE L'HYDRASTIS CANADENSIS DANS LES MÉTRORRHAGIES.

L'hydrastis canadensis a été, depuis quelques années, préconisé par plusieurs gynécologistes pour combattre les hémorrhagies utérines (1). Nous ne reviendrons pas sur les caractères ni sur les propriétés physiologiques de cet agent médicamenteux, dont nous nous sommes plusieurs fois occupé dans les revues de gynécologie publiées dans la GAZETTE MÉDICALE (2).

En présence des résultats favorables, constatés principalement à l'étranger, nous avons voulu expérimenter l'hydrastis que nous avons administré à un assez grand nombre de malades, tant en ville qu'à l'hôpital.

Sans entrer aujourd'hui dans le détail des observations, nous pouvons néanmoins constater que les effets obtenus ont été assez encourageants pour nous engager à conseiller ce médicament.

Ce sont surtout les hémorrhagies menstruelles, ou ménorrhagies, qui ont été heureusement influencées. Parmi les malades ainsi traitées, plusieurs avaient été soumises auparavant, sans succès, aux préparations d'ergot de seigle.

Nous n'avons jamais observé aucun accident à la suite de l'administration de l'hydrastis. Mais son goût vireux, très désagréable, le fait refuser par un certain nombre de malades.

Aussi a-t-on pensé à l'administrer sous forme pilulaire soit seul, soit associé à d'autres médicaments (3). Nous préférons le donner en solution, d'autant plus que quelques malades, les femmes surtout, avalent difficilement les pilules. Nous indiquons ici la formule à laquelle nous donnons la préférence.

Elixir de Garus, 200 grammes, teinture d'hydrastis canadensis, 10 grammes, dont on prendra 3 à 4 cuillerées à café par jour (4).

(1) Schatz: *Ueber gynækologische Medication* (ARCH. F. GYN., 1884), et Mendes de Léon: *Medicamentœse Therapie bei uterinblutungen* (ARCH. F. GYN., 1885).

(2) GAZETTE MÉDICALE, 1884 et 1885.

(3) Woltering. *Sur la valeur thérapeutique de l'hydrastis canadensis* (ALLGEMEINE MEDICIN. CENTRAL-ZEITUNG). Anal. dans la REVUE DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET THERMALE, 1886.

(4) M. Yvon nous a préparé une teinture au tiers avec la plante sèche. Hydrastis, 60 gr., alcool, 180.

cette date terminale de ce que l'on appelle le moyen-âge sert-elle aussi de limite au livre de M. Corlieu? C'est ce que l'auteur s'est chargé de nous apprendre dans sa préface. C'est qu'après avoir été à la tête du monde civilisé « la Grèce opprimée n'a plus vécu que d'une vie d'emprunt. La nuit s'est faite pendant de longs siècles sur ce pays qui, rendu à la liberté, s'efforce aujourd'hui de reparaître au grand jour, d'y reprendre sa place ».

M. Corlieu a essayé de combler une sorte de lacune dans l'histoire de la médecine grecque, cette médecine qui semblait s'être comme éteinte à l'époque de l'invasion des barbares, peu après la division de l'Empire romain. Éteinte, non, car l'étude de la médecine fut seulement obscurcie et se cacha longtemps dans les monastères, d'où sortirent les traductions latines de tant d'auteurs grecs. Et cependant, durant cette période, quelques noms de médecins méritent de l'intérêt: Antyllus, Oribase, Aétius, Alexandre de Tralles, sont mieux que des compilateurs. Au VII siècle, Théophile n'a-t-il pas été le premier à donner une description, si ébauchée soit-elle, des nerfs de l'odorat? Et Paul d'Egine ne doit-il pas être sauvé de l'oubli? Puis vient l'ère des compilateurs ou des praticiens, puis celle des thérapeutes. « Il n'en pouvait être autrement, puisqu'on croyait que la médecine et la chirurgie avaient dit leur dernier mot. L'École d'Alexandrie avait élargi cette voie; les Arabes avaient augmenté la matière médicale et la polypharmacie était dans toute sa prospérité. Mais nous sommes en pleine décadence byzantine, et Siméon et Michel Psellos, au XI siècle, Jean Actuarius, Démétrius Pepagomenos et Nicolas le Myrepse jetteront les dernières lueurs d'une lumière qui va s'éteindre, après avoir brillé du plus vif éclat avec Hippocrate et Galien, et avoir été en s'affaiblissant jusqu'à la prise de Constantinople par les Turcs, c'est-à-dire pendant près de deux mille ans. »

Somme toute, le livre de M. Corlieu est soigné et intéressant. Peut-être pourrait-on lui adresser le reproche de manquer de proportions dans ses divisions. Le chapitre I, qui expose l'état de la médecine à la mort de Galien et qui semblerait n'être qu'un court préambule, étant donné le titre du livre, ce chapitre I est à lui seul plus long que l'histoire des médecins grecs de l'an 210 à l'an 1453. Le volume se complète par un double appendice: 1° par une note critique sur la peste d'Athènes, M. Corlieu pense que « la maladie décrite par Thucydide, sous le nom de λοιμός, n'était pas la peste proprement dite, peste à bubons, mais une maladie épi-

L'élixir de Garus masque parfaitement la saveur nauséeuse de l'hydrastis. Toutes les malades auxquelles nous l'avons prescrit sous cette forme l'ont facilement accepté.

Nous avons pensé être utile à ceux qui, comme nous, voudraient expérimenter ce nouveau médicament, en leur indiquant le mode d'administration qui nous a semblé préférable. C'est ce qui nous a engagé à publier cette note.

Dr de Sinéty.

REVUE CRITIQUE

Sur une nouvelle méthode de traitement des maladies des voies respiratoires par les injections gazeuses intra-rectales.

Trouver une nouvelle méthode de traitement pour la guérison d'une maladie comme la tuberculose pulmonaire, si obstinément rebelle à tous les moyens employés jusqu'à présent, peut sembler une tentative hardie et, à certains égards, même téméraire. Cette réflexion est justifiée surtout par la notion nouvelle qui s'est introduite récemment dans la connaissance de cette maladie, depuis la découverte du bacille spécifique, et qui semble imposer désormais la destruction préalable de cet élément parasitaire comme point de départ indispensable de tout essai thérapeutique. Reconnaissons tout d'abord que, parmi les agents mis en œuvre jusqu'à ce jour, aucun ne remplit ce but d'une manière satisfaisante. La plupart des médications vantées contre la phthisie ne visent guère que les symptômes de la maladie, c'est-à-dire ses effets plus ou moins indirects et éloignés, sans atteindre la cause elle-même. Les plus rationnelles d'entre elles ont surtout pour objectif la question de terrain, très importante, il est vrai, elles se préoccupent avant tout de soutenir l'état général et de mettre l'organisme en état de résister à la pullulation et aux effets secondaires du microbe tuberculeux. Mais d'agents propres à détruire le bacille sur place, à l'empêcher de se reproduire, à le stériliser, en un mot, il n'en existe pas encore un seul qui ait fait ses preuves à l'heure actuelle. Il est vrai que nous avons ici en vue principalement la tuberculose du poumon et d'une manière générale celle des viscères placés par leur siège profond en dehors de l'action des moyens externes et directs. Nous laissons de côté les tuberculoses superficielles, comme celles de la peau ou celles du tissu osseux; celles-là sont justiciables de l'intervention chirurgicale qui a montré en pareil cas toute son efficacité.

En ce qui concerne la phthisie pulmonaire, les tentatives instituées pour la guérir, par la pénétration dans l'épaisseur de l'organe de substances parasiticides, n'ont abouti jusqu'à présent qu'à un résultat à peu près négatif. Les une cherchaient à utiliser la voie bronchique en faisant inhaler aux malades des vapeurs liquides chargées de ces mêmes substances (créosote, iodoforme, goudron). Mais, d'une part, il est douteux que les particules ainsi introduites par les voies respiratoires pénètrent jusqu'à l'extrémité terminale de ces dernières, c'est-à-dire jusqu'au lobule, siège ordinaire de la granulation tuberculeuse. Malgré l'opinion contraire de Sales-Girone, il paraît démontré que cette pénétration n'a pas lieu ou tout au moins ne dépasse guère les plus gros canaux bronchiques, et d'autre part il est certain que ces inhalations sont généralement mal supportées par les malades, en raison des propriétés irritantes et de l'odeur forte des liquides employés. D'autres, plus hardis, ont cherché ensuite à faire pénétrer directement les médicaments antiseptiques dans le parenchyme pulmonaire, à travers la paroi thoracique, jusque dans le voisinage et même au centre des foyers tuberculeux. C'est principalement chez des malades atteints de fonte caséeuse et porteurs d'excavations que ces tentatives ont été faites. Or si quelques observateurs ont cru remarquer des effets propres à encourager des essais ultérieurs, la plupart déclarent n'avoir rien obtenu. D'ailleurs, on prévoit facilement les objections que peut soulever une pareille manière de procéder et qui s'adressent aussi bien au principe de l'opération qu'à l'opération elle-même. Celle-ci est loin d'être inoffensive; elle implique un traumatisme de la paroi et du poumon qui n'est pas sans danger, étant donnée la vascularisation des parties que l'instrument doit traverser, la possibilité d'une hémorrhagie, etc. En second lieu, il faut tenir compte de l'incertitude où l'opérateur est presque toujours eu égard au siège exact des lésions, de leur étendue, de l'état du parenchyme voisin. Cette dernière considération surtout est d'une importance capitale, le tissu pulmonaire étant rarement sain au voisinage des cavernes, bien plus souvent au contraire infiltré à distance, circonstance qui rend d'avance illusoire tout effet curateur de ces injections.

---

dèmique ayant tous les les caractères de celle que nous appelons aujourd'hui typhus des camps ou des armées, typhus exanthématique »; 2° par une étude médicale sur la retraite des Dix-mille, étude précédée de considérations sur la médecine militaire dans les armées grecques. M. Corlieu me permettra-t-il de lui signaler ou probablement de lui rappeler l'existence d'une thèse de Pierre Kerkhoven, soutenue à Groningue en 1837, sur Machaon et Podalire (1), les premiers médecins militaires?

XX. La trop courte brochure (2) que le docteur Servant vient de consacrer à retracer l'histoire médicale des derniers jours de Richelieu présente autre chose et mieux qu'un intérêt purement historique, elle porte aussi sa leçon morale. Il ressort en effet de l'enquête minutieuse, attentive et consciencieuse à laquelle s'est livré M. Servant, que Richelieu sut conserver, au milieu de souffrances cruelles, en pleine maladie et jusque dans les périodes d'affaiblissement extrême, une vigueur, une énergie intellectuelle des plus remarquables. Si, à la suite de Michelet, on peut diviser le règne de Louis XIV en deux grandes sections : avant la fistule et après la fistule; si les infirmités du *Grand Roi* eurent un retentissement sur l'ensemble de ses actes, on n'en saurait dire autant de Richelieu qui eut la force de dompter la douleur et de mener jusqu'aux derniers moments et sans faiblir les destinées de la France qu'il avait tant à cœur.

D'après la version de la Gazette de France, le cardinal serait mort d'une *pleurésie fausse*; s'en référant à la lettre dans laquelle Gui Patin s'occupe de la mort de Richelieu, et à des détails contenus dans un manuscrit de la bibliothèque de l'Arsenal, M. Servant conclut que « le pus trouvé dans la partie inférieure de la cavité thoracique était vraisemblablement celui d'une pleurésie purulente. Un autre document peut nous expliquer la faiblesse, la maigreur, l'épuisement de Richelieu avant sa dernière maladie : « Il n'était cependant jamais sans une fièvre lente, et vers la fin d'octobre un ulcère qu'il avait au bras s'estant fermé lui forma, si l'on en croit les médecins, deux abcès au-dessus du poumon. » Cette fièvre lente, dont parle le manuscrit de l'Arsenal, était sans doute la

(1) *De Machaone et Podalirio primis medicis militaribus*. Groningue apud J. Oomkens.

(2) *Les derniers jours de Richelieu*, in-8 de 36 pages. Paris, imprimerie Charles Blot.

On voit donc que ces deux voies d'introduction des médicaments, sur lesquelles on avait fondé de grandes espérances, ne peuvent donner des résultats complètement satisfaisants. Est-ce à dire pour cela que l'on doive renoncer à l'emploi des antiseptiques dans le traitement d'une maladie dont la nature microbienne est reconnue, alors que ces mêmes agents rendent chaque jour des services contre d'autres maladies également réputées de nature infectieuse, au point que quelques-uns même doivent en être considérée comme les véritables spécifiques? Nullement, et il nous reste à rechercher si les autres voies d'absorption peuvent nous conduire plus sûrement au but cherché.

La voie stomacale se présente d'abord; c'est à elle que l'on a recours ordinairement, mais cette voie n'est pas toujours praticable, en raison des troubles dyspeptiques que beaucoup de tuberculeux éprouvent, et, d'un autre côté, la continuité de l'usage ne tarde pas à amener de graves inconvénients qui engendrent tôt ou tard une intolérance complète pour les médicaments. N'oublions pas qu'il s'agit habituellement ici de substances d'un goût prononcé et désagréable, dont les malades se fatiguent promptement. Or, tous les médecins qui ont soigné des tuberculeux ont rencontré cette intolérance de l'estomac, souvent impossible à vaincre. Enfin, n'oublions pas que l'intégrité des fonctions de l'estomac constitue une ressource des plus précieuses chez les phthisiques, qu'elle a pour corollaire le maintien de l'alimentation, si nécessaire dans l'espèce, que dès lors cet organe doit être ménagé et on comprendra ainsi comment le médecin peut se trouver contraint à cesser toute administration de remèdes par la voie gastrique, en dépit des indications urgentes qui se présentent.

C'est ici qu'intervient la nouvelle méthode dont M. le docteur Bergeon vient d'entretenir l'Académie et qui, malgré la date encore récente de ses premières applications, a donné jusqu'à présent des résultats assez satisfaisants pour justifier de nouvelles tentatives.

L'idée fondamentale de cette méthode repose sur les propriétés d'absorption bien connues de la muqueuse intestinale, qu'elle cherche à utiliser pour les faire servir à introduire dans la circulation des substances médicamenteuses. Mêlées à la masse du sang, ces substances seront ensuite transportées par lui dans la profondeur des parenchymes et des tissus, par là mises en contact direct avec les éléments anatomiques et avec les organes infectés, et, après avoir été placées ainsi dans les conditions les plus favorables à leur action thérapeutique, elles seront ensuite éliminées par les différents émonctoires, principalement par la muqueuse respiratoire, de manière à exercer sur celle-ci une action modificatrice et d'autre part à prévenir tout effet nocif ou toxique d'accumulation. On sait, depuis les belles recherches de Cl. Bernard, que les gaz absorbés par la muqueuse intestinale sont transportés dans le système veineux abdominal, puis dans le cœur droit, d'où ils se répandent dans l'artère pulmonaire, pour être éliminées ensuite à travers la membrane de revêtement des alvéoles. La preuve de cette absorption et de la rapidité avec laquelle elle s'opère a été fournie d'une manière saisissante par Cl. Bernard, dans des expériences que nous n'avons pas à rappeler ici. Dès lors, on conçoit que les substances gazeuses susceptibles d'être utilisées thérapeutiquement pourront être introduites par cette voie qui, à côté de la rapidité et de la sûreté du pouvoir absorbant, présentera encore cet autre avantage d'épargner au malade le dégoût et la fatigue qui ne manquent guère de se produire, au bout d'un temps souvent très court, quand on s'adresse exclusivement à la voie stomacale.

Voilà le principe de la nouvelle méthode; avant d'en présenter les résultats, il nous resterait à décrire le procédé et la technique sur laquelle repose son emploi; mais cette question nécessiterait des détails qui ne peuvent trouver place dans cet exposé purement critique. Contentons-nous d'en indiquer brièvement la donnée générale. M. Bergeon, dans ses recherches qui avaient surtout en vue le traitement de la phthisie, a fait de nombreux essais avec différents gaz. Il s'est arrêté en fin de compte sur l'hydrogène sulfuré et l'acide carbonique qu'il associe en de certaines proportions et auxquels il reconnaît les avantages suivants : facilité d'absorption par le système veineux et élimination rapide par la surface pulmonaire; action microbicide puissante de par le soufre qui entre dans la composition de l'hydrogène sulfuré. La participation de l'acide carbonique au mélange a pour principal effet de tempérer l'action du premier, à titre de corps inerte, à peu près comme l'azote mêlé à l'oxygène de l'air en atténue les propriétés irritantes. Cependant, M. Cornil, dans sa communication à l'Académie de médecine, émet l'opinion que l'acide carbonique joue aussi un rôle efficace dans l'action combinée des deux

---

fièvre hectique, si fréquente chez les phthisiques, et les deux abcès situés au-dessus des poumons peuvent être regardés comme des cavernes. Ces renseignements, assez vaguement indiqués, se complètent l'un l'autre, et si nous les rapprochons du crachement de sang qui survint quelques jours avant la mort, il nous semble probable que Richelieu était depuis longtemps phthisique quand il fut emporté par une pleurésie purulente. Une autre cause avait encore affaibli le malade, la longue suppuration du bras. Il est difficile de porter sur cette affection un diagnostic rigoureux, mais on pourrait peut-être rattacher cette suppuration à une ostéite ou à une affection tuberculeuse des os.

Le traitement meurtrier infligé au cardinal hâta vraisemblablement la terminaison fatale: «Ce mourant, amené par la tuberculose au dernier degré de l'anémie, fut saigné six fois en quatre jours.»

En résumé, le travail du docteur Servant est bien conduit et rempli d'intérêt.

N'est-elle pas déjà trop longue cette revue médico-littéraire, et cependant j'ai négligé quelques travaux ou opuscules dont j'aurais voulu dire quelques mots? Témoin ces dernières pages de Noël Guéneau de Mussy sur l'*Hygiène de Moïse et des anciens Israélites*, témoin cette brochure de M. Anatole Picquart sur la gymnastique, ou cette note historique du docteur Alexandre Petit sur les découvertes archéologiques faites à Royat d'un établissement thermal gallo-romain, ou encore les recherches curieuses de M. Imbert Gourbeyre sur le *Solanum des Anciens*? Mais il faut savoir se borner. Et n'allais-je pas oublier encore de mentionner un article important (1) que notre ancien collaborateur M. Guardia vient de consacrer à l'étude de la langue et de la littérature catalanes. Cette littérature traverse actuellement une période de restauration, dirons-nous avec M. Guardia, plutôt que de renaissance, de résurrection ou de rénovation. Nous félicitons M. Guardia de s'être constitué l'historien si compétent de ce mouvement littéraire.

Dr ALBERTUS.

(1) REVUE DES DEUX-MONDES du 15 novembre 1886.

corps, opinion conforme à celle que Demarqnay avait exprimée aussi il y a quelques années. Un appareil particulier, construit avec soin, permet de faire pénétrer les gaz, au moment de leur formation, à une pression constante, qui peut étre déterminée par l'opérateur.

Voilà l'appareil fondamental de la méthode que nous pouvons déclarer dés maintenant applicable à d'autres substances, telles que les eaux minérales naturelles, parmi lesquelles les eaux sulforeuses tiendront le premier rang, ou encore certains médicaments réputés antiseptiques, comme l'iodoforme, l'encalyptol, l'eau sulfo-carbonée (Chantemesse). Voyons maintenant qnels sont les résultats obtenus jusqu'à ce jour : MM. Bergeron et Morel ont observé, chez le plus grand nombre des tuherculeux soumis à ces injections, une disparition très rapide des phénomènes de suppuration pulmonaire et la marche progressive vers un état de santé qui offrait toutes les apparences de la guérison. Les phénomènes les plus marqués et les plus pénibles, comme la toux, les sueurs nocturnes, l'expectoration, ont diminué dans des proportions considérables. MM. Cornil et Chantemesse ont répété ces essais. Chez un tuberculeux observé par ce dernier, l'amélioration a été très sensible, la toux a diminué et le malade a présenté une augmentation de poids de neuf livres en un mois et demi. L'amélioration semble s'étendre aussi à d'autres manifestations tuberculeuses que celles qui ont ponr siége le poumon : ainsi, dans un cas, M. Bsrgeon a noté la cicatrisation rapide d'ulcérations laryngées contemporaines des lésions pulmonaires. D'autre part, M. Chantemesse dit avoir obtenu des résultats satisfaisants dans un cas d'asthme caractérisé par des accès très intenses. Il paraît donc permis de croire, bien que les premiers essais aisnt été faits en majeure partie sur des tuberculeux, qne le même hénéfice pourra s'étendre à d'autres maladies pulmonaires et notamment à celles qui sont caractérisées par l'abondance ou par la fétidité des sécrétions : bronchite fétide, bronchectasie, gangrène pulmonaire, vomiques. M. Morel va jusqu'à exprimer l'opinion que cette méthode pourra devenir applicable au traitement des maladies infectieuses, considérées d'une manière générale, l'absorption rapide des gaz médicamenteux mettant ces derniers dans les meilleures conditions pour combattre et neutraliser l'influence des microbes pathogènes dans le milieu intérieur qui est leur véhicule naturel. Nous restreindrions plus volontiers son action aux maladies pulmonaires elles-mêmes, sauf à l'étendre au hesoin à celles qui sont caractérisées par un élément nerveux : asthme, coqueluche, etc. L'observation ci-dessus rapportée, de M. Chantemesse, nous permet de concevoir quelques espérances dans ce sens.

La méthode de M. Bergeon semhle donc appelés à prendre rang parmi les moyens dont dispose la thérapeutique moderne. Toutefois, il est impossible de prévoir si l'expérience ultérieure justifiera ses promesses. Elle ne nous semble pas non plus à l'ahri ds tout reproche, ne serait-ce qu'au point de vue des conséquences et de la difficulté de son application. En outre du caractère répugnant des pratiques qu'elle nécessite et qui est de nature à la faire difficilement accepter par les malades, on peut se demander si l'introduction dans le courant circulatoire d'un corps toxique comme l'hydrogéne sulfuré ne présente pas des inconvénients et même des dangers On sait, par d'anciennes expériences, qu'une proportion très minime de ce gaz dans l'air inspiré (1/1500e) suffit à tuer nn animal de petite taille (oiseau, jeune chien). Il est donc permis de douter de l'innocuité de ce même composé introduit par l'intestin en proportion assez forte, et qui est éliminé presque en totalité par la surface respiratoirs. Dans nne des dernières séances de la Société de biologie, M. le docteur Peyrou a rapporté des expériences instituées par lui chez des chiens an moyen du procédé de M. Bergeon, et dans lesquelles il a vu la mort survenir après l'injection de doses relativement faibles. Il faut en conclure que les injsctions gazeuses intra-rectales devront être maniées avec nne extrême prudence, et dans tous les cas suffisamment espacées, ponr permettre l'élimination totale et éviter les effets d'accumulation. M. Bergeon a d'ailleurs tracé quelques régles qui devront servir de ligne de conduite à leurs imitateurs : pureté du gaz qui doit être absolue, intervalle suffisant entre l'injection et l'heure des repas pour éviter les vomissements, nécessité de déterminer rigoureusement le degré de pression qui doit être supporté par l'intestin.

Ce sont là des détails techniques nécessaires à connaître dans l'espèce et dont l'omission, en outre des dangers qu'elle entraînerait pour les malades, aurait encore pour effet de rendre nuls et non avenus les résultats obtenus ainsi en dehors de l'application rigoureuse de la méthode. Dr P. M.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

TRAVAUX RUSSES

Neurologie

I. TROUBLES DE LA VUE ET DES AUTRES SENS DANS CERTAINES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, par L. FINKELSTEIN (*Wratch*, 1886, n° 1). — II. TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE ET SPÉCIALE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES, par A. OZÉRÉTZKOWSKY (*Méd. Obosrénié*, 1886, n° 9). — III. DU PHÉNOMÈNE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, par RYBALKINE (*Wratch*, 1886, n° 13).

I. L'auteur a pris ses observations sur 120 malades, dont 47 épileptiques, 24 hystériques et hystéro-épileptiques, 30 neurasthéniques, 15 alcooliques chroniques, 2 saturnins, 1 hydargyrique et 1 affecté d'ergotisme.

Chez les épileptiques, on observe un rétrécissement concentrique du champ visuel, qui débute avec les prodromes et atteint son maximum aprés l'accés. Ensuite, le champ visuel s'élargit graduellement. Le rétrécissement marche plus rapidement pour les champs chromatopsiques que pour le champ visuel général ; les dimensions relatives des champs chromatopsiques restent les mêmes qu'à l'état physiologique. Souvent il y a de la dischromatopsie et de l'achromatopsie qui commence toujours par le vert. Plus on est éloigné de l'accès, plus le champ visuel devient normal. La restitution de la vision des couleurs a d'abord lieu pour le bleu, puis pour le rouge, le jaune et enfin pour le vert. Ces troubles fonctionnels pourraient trouver, d'après l'auteur, une application au diagnostic différentiel entre l'épilepsie véritable et simulée. L'ouïe est aussi affaiblie après les accès épileptiques, surtout du côté opposé à celui où se trouve le rétrécissement le plus considérable du champ visuel. Enfin on observe l'affaiblissement, l'abolition ou la perversion du goût. Dans la période postépileptique, apparaissent souvent des scotomes scintillants, et la rétine s'épuise facilement. Chez 2 hystériques, il y avait un scotome paracentral. Dans la neurasthénie, on trouve du

rétrécissement des champs chromatopsiques, de la dischromatopsie et de l'achromatopsie, surtout pour le vert, et un affaiblissement de tous les autres sens supérieurs du côté où siège le plus grand rétrécissement du champ visuel. Dans le delirium tremens, on observe le rétrécissement du champ visuel et l'abolition de la perception du vert. L'auteur a aussi exploré le champ visuel chez les femmes pendant les règles; il l'a trouvé rétréci et a constaté que le rétrécissement avait lien en proportion des pertes sanguines et atteignait son maximum au troisième ou au quatrième jour menstruel. Quelquefois, il y a achromatopsie pour le vert.

II. L'observation de 93 épileptiques au point de vue de leur sensibilité générale et spéciale a donné à l'auteur les résultats suivants : la sensibilité cutanée est altérée chez les épileptiques; il y a anesthésie généralisée ou hémianesthésie avec abolition de tous les genres de la sensibilité. On observe le plus souvent de l'affaiblissement du tact et de la sensibilité à la douleur, ou seulement de cette dernière. La répartition des anesthésies sur le corps est très variable. Du côté de la vue, l'auteur a noté l'affaiblissement de l'acuité visuelle, le rétrécissement du champ visuel et quelquefois de la dischromatopsie. Il y a aussi de l'affaiblissement du goût et des autres sens spéciaux. Dans la majorité des cas, les troubles des sens supérieurs prédominent sur les anesthésies cutanées. La vue, le goût, sont souvent affectés au maximum, tandis que l'affaiblissement du tact et de la sensibilité à la douleur est insignifiant. Il est rare d'observer exclusivement ou des troubles des sens supérieurs, ou ceux de la sensibilité générale. Une altération profonde de la sensibilité est rare dans l'épilepsie vraie. Les anesthésies sont passagères ou permanentes. Le rétablissement de la sensibilité se produit dans les premiers trois ou quatre jours qui suivent l'accès.

La plupart des accès qui provoquent des troubles profonds et permanents de la sensibilité doivent être rapportés à l'hystéro-épilepsie. Les troubles de la sensibilité s'observent aussi après les accès réguliers de l'épilepsie somatique. Il n'existe aucun lien intime entre les anesthésies et l'altération de la sphère psychique des malades. L'intensité et la durée des troubles de la sensibilité peuvent être indépendantes de l'intensité et de la durée de l'accès. L'exploration de la sensibilité, avant et après les accès épileptiques, peut servir pour le diagnostic différentiel entre l'épilepsie véritable et simulée, surtout si l'on y ajoute la recherche de l'albumine dans les urines (d'après l'auteur, l'albuminurie apparaît quelquefois après l'accès) et la mensuration de la température.

III. Quelques médecins anglais et américains ont, dans ces derniers temps, attiré l'attention sur le fait suivant : si, chez un individu *sain*, on presse au moyen d'une large règle sur les dents inférieures et si on frappe cette règle avec le marteau à percussion, on obtient une contraction des masséters avec soubresaut de la mâchoire inférieure. Dans quelques cas, le phénomène est tellement exagéré qu'il suffit d'appliquer un doigt sur la mâchoire et de la percuter avec les doigts de l'autre main pour obtenir la contraction masseterine, que les Anglais ont appelé *jaw-jerk* et que Rybalkine propose de désigner par le nom de *phénomène de la mâchoire inférieure*.

Rybalkine a étudié le phénomène de la mâchoire chez 315 individus, dont 69 sains, 144 convalescents, 57 fébricitants et 45 névropathes. Le phénomène a été constaté *chez tous les individus sains*. Chez plusieurs d'entre eux, Rybalkine a obtenu, outre la contraction des masséters, une contraction des temporaux. Parmi les 144 convalescents, il n'y en avait que 6 chez lesquels le phénomène de la mâchoire était absent. Sur 57 fébricitants, 20 présentaient une exagération marquée du phénomène, et chez 9 malades (5 fièvres typhoïdes et 4 phthisies), on obtenait même des convulsions cloniques des massèters pendant tout le temps que durait la pression sur la mâchoire inférieure ou le menton. Il y a ici analogie complète avec le clonus du pied, et de fait, dans un cas de l'auteur, les convulsions cloniques massétérines coexistaient avec le clonus du pied. Tous les 11 hémiplégiques présentaient le phénomène de la mâchoire, et chez 2 d'entre eux, il y avait des convulsions cloniques massetérines avec clonus du pied. Chez une malade atteinte de sclérose latérale amyotrophique, le phénomène de la mâchoire était augmenté; par contre, il était absent chez une autre femme, affectée de sclérose disséminée, et affaiblie dans 2 cas de méningite et 1 cas de paralysie générale à la période de début. Il était absent dans 2 cas d'atrophie musculaire progressive et augmenté dans 1 cas de cette même maladie. Chez une hystérique, avec paralysie spasmodique, existait le clonus massétérin. Le phénomène de la mâchoire était affaibli dans 3 cas de neurasthénie. L'auteur s'abstient de conclusions prématurées, mais il ne doute pas que le phénomène de la mâchoire inférieure ne soit appelé à acquérir une valeur diagnostique, vu sa constance chez l'homme sain.

Dr W. Holstein.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux récents sur l'hygiène.

Suite et fin. — Voir les numéros 47 et 49.

VI. Le ministère de la marine possède à Guérigny (Nièvre) des ateliers de construction connus sous le nom de « Forges nationales de la Chaussade », du nom de l'ancien propriétaire, le baron Babaud de la Chaussade, qui les céda au roi dès 1781. Depuis 1872, ces forges concentrent tous les travaux qui étaient antérieurement exécutés dans trois autres ateliers situés sur les bords de la Nièvre : Forgebas, Marcy et la Poëlonnerie, et dans une quatrième localité située sur la Loire, à Cosne.

M. le docteur Auguste Le Conte, médecin de la marine, appelé à soigner les ouvriers de l'usine de Guérigny qui occupe 1,100 hommes, a pris pour sujet de thèse (1) la situation hygiénique et médicale des ouvriers employés à cette usine et de leur famille. Les ouvriers sont, les uns groupés dans des maisons de l'administration, les autres, en majeure partie, disséminés dans les campagnes voisines; ceux-ci sont les plus favorisés au point de vue hygiénique.

Les accidents les plus fréquents à signaler chez les ouvriers chargés des machines sont les plaies par arrachement, par écrasement. Chez les ajusteurs, M. Le Conte a constaté que la vue baissait beaucoup plus rapidement que chez les ouvriers du même âge employés à d'autres travaux. Ces ouvriers, par les poussières métalliques qu'ils respirent, seraient, si nous en croyons M. Le Conte, sujets à des affections thoraciques graves.

(1) Paris, 1885.

L'atelier des grandes forges compte 90 ouvriers chargés des gros travaux pour la construction des navires. Les accidents les plus fréquents sont dus à la difficulté de manœuvrer des pièces énormes, alternativement soumises au feu et au pilon; encore, un progrès considérable vient-il d'être obtenu par l'application d'un nouvel appareil de virage.

L'atelier des petites forges compte 185 ouvriers chargés des travaux de construction de pièces moyennes pour les navires. Les accidents, s'ils sont nombreux (86 dans la période observée par M. Le Conte), sont d'une gravité relativement moins grande que dans l'atelier précédent; ils n'ont entraîné en général que que quelques jours d'exemption. Cette moindre gravité est due à la facilité des manœuvres de pièces moins pesantes.

Le dernier atelier de ce groupe est celui de la tôlerie, qui compte 160 ouvriers divisés en cisailleurs, lamineurs, affineure et puddleurs. La moitié travaille une semaine de jour, tandis que cette même semaine l'autre travaille de nuit. Malgré des fatigues très dures, ces ouvriers résistent généralement plus longtemps que ceux des grandes forges; les accidents sont d'ailleurs assez rares, mais quelques-uns sont terribles. Ces derniers sont presque tous déterminés par le laminage et surtout par le laminage de petites pièces plus difficiles à saisir de chaque côté de l'outil que des pièces plus pesantes.

Malgré les inondations si fréquentes de la Nièvre, les cas de fièvre intermittente sont rares, mais cette rareté n'est peut-être qu'apparente, car un bon nombre de névralgies cèdent à l'ingestion du sulfate de quinine. En tout cas, la gravité des maladies paludéennes est peu marquée dans cette région, puisque M. Le Conte n'a pas eu à traiter des cas de cachexie palustre.

M. Le Conte signale, dans la population infantile, la fréquence des oxyures, chez les jeunes filles la fréquence de la chlorose et surtout de la leucorrhée, et chez les femmes mariées la fréquence des métrites.

Cette thèse se termine par un peu de statistique démographique. Pour une population d'environ 9,000 âmes, les naissances ont été, en 1883, de 167 et en 1884 de 170, tandis que les décès étaient dans la première année de 143 et dans la seconde de 144. Dans ces deux derniers chiffres un nombre de decés relativement élevé, 8 pour 1883 et 11 pour 1884, appartient à des enfants placés dans le pays (88 par l'Assistance publique et 23 par le département de la Nièvre).

VII. La question des morues rouges, dont la mise en vente a été interdite en France par une circulaire du ministre du commerce adressée aux préfets le 31 décembre 1885, a fourni à M. le docteur Emile Mauriac, de Bordeaux, venant après MM. Bertherand, Bérenger-Féraud, Layet, Artigalas, Ferré et Heckel, de Montpellier, l'objet d'une étude (1) très intéressante qui se résume dans les conclusions suivantes :

1° Les faits d'intoxication occasionnés par l'ingestion de morues altérées sont extrêmement rares, eu égard à l'énorme consommation que l'on fait de ce poisson dans le monde entier; 2° les accidents exceptionnels qui ont été observés doivent être attribués à l'ingestion de morues corrompues et ayant déjà subi un commencement de putréfaction, altération qui se révèle toujours par deux signes constants : l'odeur putride et la friabilité de la chair; toute morue présentant ces caractères doit être rejetée de la consommation; 3° la coloration rouge que présentent souvent ces poissons, soit à l'état vert, soit à l'état sec, dans certaines conditions de température et de milieu, n'est pas un indice de leur nocivité, puisque, d'une part, il est notoire que la morue rouge a été consommée de tout temps par les populations sans aucun inconvénient, et que, d'autre part, on a pu nourrir des animaux (chiens et chats) pendant plusieurs jours de suite avec de la morue crue, fortement colorée en rouge, sans provoquer chez eux le moindre accident. On peut donc manger sans crainte toute morue qui a conservé son odeur normale et la consistance ferme de sa chair, quelle que soit d'ailleurs sa coloration plus ou moins rosée ou rouge; 4° le rouge de la morue est constitué par une végétation cryptogamique, sur la nature de laquelle on n'est pas encore complètement fixé; pour les uns, ce serait un champignon; pour les autres, une algue; 5° cette végétation cryptogamique, qu'on voit se développer indifféremment sur des morues avariées ou sur des morues saines, paraît être favorisée d'une manière toute spéciale par la salaison, mais elle ne joue aucun rôle dans le phénomène de la putréfaction; 6° les morues, dont la chair est plus ou moins putréfiée, renferment seules un principe toxique susceptible de provoquer chez l'homme des accidents cholériformes; 7° ce principe toxique a été isolé et caractérisé par plusieurs expérimentateurs: c'est une ptomaïne ou alcaloïde de la putréfaction; 8° il est d'ailleurs facile, d'après M. Mauriac, de se mettre à l'abri de tout accident, en s'abstenant de manger les morues qui auraient déjà subi un commencement de putréfaction. Quant à la morue saine, on devra toujours, préalablement à son ingestion, la nettoyer avec soin, la faire macérer pendant douze heures dans de l'eau plusieurs fois renouvelée et surtout la faire bien cuire. La cuisson complète des aliments d'origine animale est, en effet, le meilleur moyen de détruire tous les parasites et micro-organismes nuisibles qu'ils sont susceptibles de renfermer; 9° en interdisant en bloc la vente de la morue rouge, qui est absolument inoffensive, quand elle n'est pas en même temps corrompue, on a pris une mesure que rien ne justifie et qui peut porter un préjudice considérable à une branche du commerce national; on a déprécié et condamné à tort un produit qui n'a rien perdu de sa valeur alimentaire et qui rend tous les jours les plus grands services aux classes laborieuses

Aussi, sur les réclamations du commerce, et en attendant que la question scientifique fût nettement résolue, le ministre a-t-il provisoirement rapporté l'arrêté de prohibition. Cette solution, pour n'être que provisoire, devra au moins partiellement satisfaire les désirs de M. Mauriac.

VIII. Il s'est produit au port de Lorient, et à quelques années d'intervalle, une double série de cas d'empoisonnement à la suite de l'ingestion de conserves alimentaires altérées. Ces faits ont mérité, par la gravité des accidents ou par le grand nombre de victimes, de fixer l'attention des médecins du port. Les premiers, survenus en 1874, à la suite de la consommation d'une boîte de conserve de viande de bœuf, connue sous le nom d'endaubage, par des détenus de la prison maritime, ont été signalés par le docteur Mesnil dans sa thèse inaugurale, soutenue en 1874, à la Faculté de médecine de Paris. Les seconds, dont M. le docteur Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine à Lorient, s'est fait l'historien, dans un travail paru dans les ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE (décembre 1884 et janvier 1885), ont été produits par de la morue altérée, dis-

(1) *La question des morues rouges*, étude d'hygiène alimentaire. Brochure in-8 de 62 pages.—Bordeaux, Gounouilhou, 1886.

tribuée en ration aux troupes du département de la marine, au mois d'octobre 1884. M. P.-M.-R. Guégan, dans sa thèse (1), a rapproché ces faits pour examiner leurs différences, rechercher leur cause et indiquer les moyens pratiques d'empêcher dans l'avenir l'explosion de pareils accidents.

Les onze premiers faits cités par l'auteur se rapportent absolument à la description que M. le docteur Netter a fait paraître (Archives générales de médecine de 1884), *sur les poisons chimiques qui apparaissent dans les matières organiques en voie de décomposition et sur les maladies qu'ils peuvent provoquer*. Cet empoisonnement a été décrit par Muller sons le nom de *botulisme* ou *allantiasis*.

M. Guégan rapporte ensuite l'autre série de faits d'empoisonnements survenus en octobre 1884. Les hommes de troupe du département de la marine avaient reçu au repas de midi une ration de morue qui, à part un manque de cuisson et un goût salé intense, ne présentait, au dire des hommes, rien de particulier. Cependant, dés le soir, chez un grand nombre de rationnaires apparut un ensemble de symptômes morbides qui préoccupa vivement l'autorité et les médecins de la marine. Le choléra faisait en effet à cette époque de nombreuses victimes dans le midi de la France, et comme les symptômes observés chez les hommes du port de Lorient coïncidaient avec le moment où les communications avec Toulon venaient d'être rétablies, et que le port venait de recevoir de nombreux contingents du 5e arrondissement maritime, le diagnostic de l'affection, en présence de laquelle on se trouvait subitement, présentait une grande importance. MM. les docteurs Pavôt et Bérenger-Féraud crurent pouvoir incriminer la morue que les hommes avaient mangée au repas de midi. On s'empressa aussitôt de diriger sur l'hôpital, ou de faire coucher dans un endroit convenable (l'hôpital n'ayant pas assez de lits vacants pour recevoir tous les malades), les hommes atteints, dont le chiffre ne tarda pas à s'élever à 222. Les symptômes furent les mêmes chez tous, avec des différences d'intensité; aussi fut-il permis dés le début d'être fixé sur la nature de ces accidents et de les rattacher à une cause unique. Ces cas d'empoisonnement ont présenté deux périodes: l'une d'invasion, caractérisée par des troubles digestifs et du refroidissement périphérique; l'autre réactionnelle, et qui plus ou moins vite s'est terminée par la convalescence et la guérison. Pendant la première période, le premier symptôme offert a été une soif vive et parfois excessive. Cette soif, au premier abord, ne parut pas insolite au plus grand nombre, car les jours de morue les hommes avaient l'habitude de la ressentir après le repas. Mais plusieurs ont déclaré qu'ils avaient eu plus soif ce jour-là que les jours similaires précédents. La moyenne de l'eau qui a été ingérée par 142 malades, interrogés à ce point de vue, a varié de un quart de litre à neuf litres. Chose curieuse, ce sont les hommes qui ont le plus absorbé d'eau qui ont été le moins malades. Aussi est-t-on amené à penser que cette polydypsie a été favorable, en permettant une dilution plus considérable de l'élément morbide et en favorisant son expulsion. La convalescence s'est vite complétée pour la plupart et, pour les plus éprouvés, n'a pas dépassé douze jours.

D'après M. Guégan, tous les malades qui font le sujet de son étude auraient été empoisonnés par des conserves alimentaires altérées. Les symptômes observés chez ces malades seraient dus à l'existence probable de ptomaïnes dans les conserves. La différence dans les symptômes constatés chez les hommes empoisonnés par le poisson altéré, et chez les hommes intoxiqués par la viande, tiendrait à une différence dans la quantité des ptomaïnes. Le poisson en voie de décomposition contiendrait une quantité moins considérable de ptomaïnes que la viande qui commence à se putréfier. Le poisson altéré ne provoquerait, d'après l'auteur, qu'une ébauche du choléra, tandis que la viande, dans les mêmes conditions, produirait surtout des centres de paralysie.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(1) *Sur différents cas d'empoisonnement survenus à la suite d'ingestion de conserves alimentaires altérées.* — Paris, Ollier-Henry, 1885.

REVUE DES THÈSES

Des hémoptysies non tuberculeuses dans la dilatation des bronches. — Thèse Dejean, 1886.

L'auteur a pour but de montrer que si la dilatation des bronches, considérée comme maladie à part, est une maladie rare et même exceptionnelle, en revanche l'hémoptysie se rencontre dans son cours avec une fréquence relative assez notable et avec une abondance assez considérable dans certains cas pour comporter une gravité pronostique comparable à celle de certaines hémoptysies d'origine tuberculeuse. Cette hémoptysie d'origine bronchectasique offre quelques caractères spéciaux, soit au point de vue de la quantité de sang expectorée, soit au point de vue de l'aspect, de la couleur, de la durée de l'hémoptysie. Barth a vu survenir la mort dans deux cas où l'hémoptysie vint démontrer qu'il s'agissait bien d'une dilatation simple, indépendante de toute lésion tuberculeuse. M. Gombault a insisté, d'autre part, sur la coloration *lavure de chair* que prend l'hémoptysie dans sa dernière période et qui semble due au mélange intime et au contact prolongé du sang déversé dans les bronches avec les mucosités qu'elles sécrètent. Cette particularité semble avoir une certaine importance au point de vue du diagnostic et principalement comme moyen de différencier l'hémoptysie bronchectasique de celle qui est liée à la présence des tubercules.

Cette dernière remarque nous conduit à dire que la valeur diagnostique de cette variété d'hémoptysie est assez difficile à apprécier; étant donnée sa coïncidence avec une affection à laquelle ses signes stéthoscopiques donnent une grande ressemblance avec les maladies pulmonaires à tendance ulcéreuse et destructive (phthisie, gangrène du poumon).

On devine qu'il s'agit surtout de la tuberculose dont les signes cavitaires ne présentent aucun caractère physique propre à les différencier de ceux qui appartiennent aussi à la bronchectasie, à telle enseigne que lorsqu'un crachement de sang se montre soudainement chez un individu porteur de signes semblables bien et dûment constatés, la tendance naturelle des médecins sera de mettre cet accident sur le compte de la tuberculisation dont l'hémoptysie est une des manifestations les plus communes. Pour éviter pareille confusion, il ne faut rien moins que la considération des antécédents, de la marche et de la durée de la maladie, et particulièrement de l'état général, habituellement intact chez les sujets atteints de dilatation simple, enfin l'argument tiré du siége des phénomènes cavitaires qui n'offrent pas la même localisation dans les deux maladies.

Le mécanisme par lequel se produisent cee hémorrhagies bronchectasiques avait déjà été entrevu par M. Gombault qui fit jouer un rôle important à la vascularisation des parois. Il a été complétement élucidé dans ces derniers temps par les recherches de MM. Hanot et Gilbert qui ont démontré l'existence de dilatations vasculaires et d'un véritable état variqueux des capillaires bronchiques entretenant une congestion permanente très favorable à la formation des hémorrhagies, pour la production desquelles toutes les circonstances capables d'augmenter la tension du réseau circulatoire intra-pulmonaire peuvent servir de causes déterminantes.

Des déterminations pleurales de la grippe, par le docteur Cannat.

Bien que les auteurs anciens aient mentionné la pleurésie parmi les accidents liés à la grippe, on peut dire cependant que cette complication d'une maladie si fréquente avait été peu étudiée. De là, dans la nosographie de cette maladie, un *desideratum* que le présent travail a pour but de faire disparaître, en montrant, par des observations précises, que la pleurésie peut faire partie des manifestations de l'influenza, au même titre que les autres localisations viscérales, et en faisant ressortir ensuite les caractères par lesquels cette pleurésie a paru se distinguer de la pleurésie simple, dans les cas rares où elle a été rencontrée. Ces caractères sont relatifs surtout à l'abondance de l'épanchement, qui est généralement médiocre et n'acquiert pas le degré nécessaire pour déplacer le cœur, et d'autre part à la faible intensité de l'inflammation pleurale.

Cette dernière remarque conduit à une conclusion favorable au point de vue du pronostic qui est ordinairement bénin. Il semble que, dans ce cas, ni la maladie générale, ni sa localisation pleurale, n'offrent de gravité particulière. Peut-être doit-on mettre cette bénignité sur le compte de la maladie générale, dont cette pleurésie n'est que l'expression, au même titre que d'autres localisations, qui se font sur les tissus similaires (péricarde, séreuses articulaires). Car il ne faut pas oublier combien sont habituellement mobiles, passagères, fugaces, les déterminations viscérales de la grippe.

Dr P. M.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

Les succédanés de l'opium.—Sydenham avait l'habitude de dire : « S'il m'était interdit de faire usage de l'opium, je renoncerais à l'exercice de la médecine. » En parlant ainsi, le médecin qu'on a surnommé l'Hippocrate de l'Angleterre montrait qu'on a eu raison quand on a défini la médecine : « l'art de guérir, *ou de calmer* les maladies ». Calmer la souffrance est bien souvent, en effet, tout le rôle du médecin, et l'opium constitue, dans ce cas, l'instrument le plus puissant de sa pratique.

Cela était vrai du temps de Sydenham, cela est encore vrai de nos jours, avec cette différence que les ressources médicamenteuses se sont accrues et que l'opium n'est plus seul à donner du calme aux gens qui souffrent. Nous ne dédaignons pas les effets de l'extrait thébaïque, qui a rendu tant de services à nos aînés, mais nous disposons de substances médicamenteuses plus simples, qui peuvent, dans certains cas, nous donner les mêmes avantages avec quelques inconvénients en moins.

La démonstration est facile à faire, à propos des maladies de l'hiver dont la bronchite est le type.

A la toux fatigante, qui produit la céphalalgie et l'insomnie, qu'opposait-on ? — L'opium, parce qu'il calme la toux. Or, en remplacement de ce calmant, qui n'est pas sans défaut, nous avons deux succédanés de grande valeur : la codéine et le lactucarium.

A. La codéine, inscrite au codex seulement depuis 1886, est un alcaloïde qui endort la sensibilité sans produire, comme l'opium ou la morphine, le cauchemar pendant le sommeil, sans amener des troubles intellectuels au réveil, sans nuire à l'intégrité des fonctions digestives. Dans le Bulletin de thérapeutique, le docteur Barbier (d'Amiens) a écrit : « Le sommeil par la codéine n'est accompagné ni de pesanteur de tête, ni d'engourdissement, ni d'hébétude, ni de gonflement des yeux. » Claude Bernard a dit dans ses leçons : « La codéine ne rend pas les nerfs paresseux, comme le fait la morphine. » Le professeur Fonssagrives a fait une déclaration analogue : « La moelle et les nerfs qui en partent ne sont pas, dit-il, influencés par la codéine comme par la morphine. »

Cela ne doit pas surprendre quand on sait que Magendie avait enseigné ceci : « Un seul grain de codéine amène un sommeil en général calme et paisible, et qui n'est pas suivi le lendemain de la pesanteur de tête qu'on éprouve fréquemment après avoir pris de la morphine. » (Guibert, *Nouv. med.*, 2e édit.)

Dans son excellent Manuel de thérapeutique, le docteur Paul Rodet exprime donc l'opinion générale quand il écrit : « En réalité, on peut dire que la codéine n'est hypnotique que parce qu'elle combat les phénomènes morbides qui s'opposent au sommeil. Ainsi, dans la bronchite, 4 ou 5 centigrammes de codéine le soir calment admirablement la toux sans provoquer le sommeil. »

B. Le lactucarium, suc de la laitue, obtenu par incision et dessiccation, explique la vieille réputation de cette plante, considérée jadis comme le calmant par excellence.

Le professeur Duncan (d'Edimbourg) est le premier qui ait appelé ce produit le succédané de l'opium, en le recommandant dans le traitement de la phthisie pulmonaire, après que Gumprecht s'en était servi contre la coqueluche. Ses propriétés sont ainsi exposées dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, de Dechambre : « le lactucarium n'agit pas sur le cerveau à la façon de l'opium ; il paraît être un hypnotique indirect, et, s'il produit le sommeil, c'est en faisant tomber l'éréthisme nerveux qui entretenait l'insomnie. J'ai pu comparer sur moi-même l'état cérébral particulier que produisent le lactucarium et l'opium, et je les considère comme parfaitement distincts. Le sommeil de l'opium est agissant et il est traversé par des combinaisons intellectuelles confuses mais fort actives ; celui obtenu par le lactucarium est calme. Le premier des deux médicaments laisse après lui de la pesanteur de tête, de la fatigue, de l'inappétence ; le second n'a pas d'effets consécutifs appréciables... Les accidents nerveux qui compliquent certaines affections catarrhales, la grippe en particulier, constituent l'une des indications les plus positives du lactucarium. »

Combinez la codéine et le lactucarium, ajoutez l'élément balsamique résineux, indispensable dans les préparations pectorales, vous aurez un médicament produisant une diminution graduelle de la toux et de l'expectoration, un calmant de premier ordre, utile dans toutes les affections des voies respiratoires, depuis le vulgaire coryza jusqu'à la phthisie pulmonaire. Ce médicament existe tout préparé : codéine, lactucarium et sève de pin, telle est la composition des pastilles Brachat, qui sont comme la synthèse des succédanés de l'opium, pour les gens qui toussent.

Chacune de ces pastilles, contenant environ 1 milligramme de codéine, il ne serait pas prudent de les conseiller comme un remède banal ; c'est pourquoi il faut remercier leur préparateur d'avoir fait la recommandation de ne point les laisser à la libre disposition des enfants. La précaution était bonne à prendre, la forme élégante et le goût agréable des pastilles Brachat pouvant faire confondre, avec les produits venus de chez le confiseur, un calmant précieux de la bronchite, de la grippe, de la coqueluche, de la pneumonie, de l'asthme et même de la phthisie.

Dr G. Vincent.

NOTES & INFORMATIONS

La Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — Cette Association, qui a dû surmonter une si vive opposition à ses débuts, affirme de plus en plus sa vitalité. On en jugera par les chiffres ci-après qui établissent son bilan au 29 novembre 1886. Il y a lieu d'espérer, en présence de ces chiffres encourageants, que les préventions d'un côté et, de l'autre, l'indifférence feront place à une appréciation plus exacte de l'œuvre poursuivie par l'Association et à un sentiment plus profond de la solidarité professionnelle.

Situation au 29 novembre 1886

Doit :

Cotisations	92.854 20
Dons à la Caisse des Pensions	1.800 »
Dons à la Caisse auxiliaire	550 »
Intérêts des valeurs	4.714 85
Profits et pertes	315 19
Total	100.234 24

Avoir :

Valeurs.	Obligations du Midi	11.306 55	94.339 65
	Rente amortissable	32.805 35	
	Obligations foncières	18.395 »	
	Obligations communales	24.705 25	
	Obligations d'Orléans	7.127 50	
Frais généraux			4.010 93
En caisse au 29 novembre 1886			1.883 66
Total égal			100.234 24

Caisse auxiliaire.

Produit de la retenue de 1 0/0 sur la recette brute	997 29
Dons	550 »
Total	1.547 29

Epidémies. — Le choléra a fait son apparition sur quelques points de la Bulgarie. Il aurait été apporté par des jardiniers venus de la Serbie et de l'Autriche. Des mesures sévères ont été prises pour empêcher l'extension du fléau.

— A Francfort-sur-le-Mein règne une épidémie de diphthérie qui aurait eu pour origine une épidémie de même nature sévissant antérieurement sur les volailles. Ce n'est pas la première fois que des faits semblent ainsi établir d'étroites relations entre la diphthérie des gallinacés et la diphthérie humaine. Aussi l'administration a-t-elle publié des instructions dans lesquelles elle signale les dangers que peut présenter pour les éleveurs ou les habitants des fermes la diphthérie des oiseaux de basse-cour.

— Les régiments d'artillerie et d'infanterie de Lorient sont aux prises avec une épidémie de fièvre typhoïde. Ils ont dû évacuer les casernes et campent dans la plaine du Polygone.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Brongniard, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant aux eaux de Contrexéville, vice-président de la Société d'hydrologie. Notre sympathique confrère jouissait de l'estime générale, et sa mort prématurée laissera de profonds regrets dans le corps médical. La Société d'hydrologie perd en lui un de ses membres les plus distingués.

— M. le docteur Grellois, ancien médecin principal de l'armée, commandant de la Légion d'honneur, vient aussi de mourir. Il était en 1870 médecin en chef de l'armée de Metz.

***

Faculté de médecine de Paris. — Un congé, pour l'année scolaire 1886-1887, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Richet, professeur de clinique chirurgicale.

M. Reclus, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de clinique chirurgicale.

Un congé, pour l'année scolaire 1886-1887, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Bouchard, professeur de pathologie générale.

M. Troisier, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1886-1887 d'un cours de pathologie générale.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Duzéa est nommé chef de clinique chirurgicale.

M. le docteur Taty est nommé chef de clinique des maladies mentales.

M. le docteur Erand est nommé chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Guérin, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux chimiques.

M. Bagnéris est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de physique médicale.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Castagné est nommé aide de médecine opératoire.

Ecole de médecine d'Angers. — M. Bricard, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Morin, licencié ès sciences physiques, est institué chef des travaux physiques et chimiques.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Lahatut, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

Ecole de médecine de Toulouse — M. Cauhet, professeur de pathologie interne, est maintenu pour trois ans dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Pion, suppléant des chaires de pathologie et clinique externes et d'accouchements, est chargé, en outre, jusqu'au prochain concours, des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

M. Roland, suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes, est chargé, pendant l'année scolaire 1886-1887, d'un cours de physiologie.

Société de médecine de Paris. — *Bureau pour l'année 1887.* — Président, M. Fraigniaud ; vice-président, M. de Ranse; secrétaire général, M. Marchal; secrétaires annuels, MM. Baradue et Coignard; archiviste, M. Pellier; trésorier, M. Perrin; membres du Conseil d'administration, MM. Antonin Martin et Ladreit de Lacharrière; Comité de publication, MM. Dehenne, Pellier, Baraduc, Coigpard et le secrétaire général.

Assistance publique. — Concours pour les prix de l'internat. — Le concours pour la médaille d'or a donné les résultats suivants : Médaille d'or. — M. Hallé. — Médaille d'argent. — M. Hartman. — Première mention. — M. Roger. — Deuxième mention. — M. Marfan.

Ecole pratique. — Cours de médecine opératoire oculaire. — Le docteur Gillet de Grandmont a commencé son cours le vendredi 17 décembre à huit heures du soir, amphithéâtre, n° 2, et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. — « Les élèves seront exercés aux opérations. »

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 5 AU SAMEDI 11 DÉCEMBRE 1886

Fièvre typhoïde 31.—Variole 2.— Rougeole 40.— Scarlatine 3. — Coqueluche 1. — Dipthérie, croup 38 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 29. — Phthisie pulmonaire 200. — Autres tuberculoses 20. —Autres affections générales 66. — Malformation et débilité des âges extrêmes 58. — Bronchite aiguë 42. — Pneumonie 96. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 27. — au sein et mixte 28. — Inconnu 0. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 102. — de l'appareil circulatoire 70. — de l'appareil respiratoire 93. — de l'appareil digestif 41 — de l'appareil génito-urinaire 42. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 3 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 23.— Causes non classées 17. — Total de la semaine : 1.066 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Considérations sommaires tendant à faciliter la revision du régime quarantenaire, par le docteur Sirus-Pirondi, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille. — Marseille, 1886, imprimerie Barlatier-Feissat.

Kystes hydatiques des os (these d'agrégation 1886), par le docteur Gangolfe. Grand in-8 de 200 pages, avec 4 planches. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Maladies des organes génitaux de la femme, par le professeur Carl Schrœder (de Berlin), ouvrage traduit de l'allemand sur la sixième édition, par G. Lauwers (de Courtrai) et G. Hertoghe (d'Anvers), précédé d'une préface par le professeur G. Hubert. — Bruxelles, 1886, librairie A. Manceaux.

Etudes cliniques et physiologiques sur la marche. — La marche dans les maladies du système nerveux étudiée par la méthode des empreintes (avec 31 figures), par le docteur Gilles de la Tourette, préparateur des cours de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Académie française. — Paris, 1886, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Annales de la clinique interne de l'Université de Liège (mars 1877—juin 1882), par M. Masius, professeur, MM. Clotton et Schiffers, assistants. — Liège, 1886, imprimerie H. Vaillant-Carmanne.

Recherches sur les maladies de la prostate, leur pathologie et leur traitement, par sir Thompson. — Londres, 1886, J. et A. Churchill.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

57e année. 7e série. Tome III. N° 52 25 DECEMBRE 1886.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Lettres à M. le docteur F. DE RANSE, *directeur de la* GAZETTE MÉDICALE, *sur la théorie du microzyma et le système microbien.*

Suite et fin. — Voir les numéros 49 et 51.

A ma connaissance, c'est Ch. Robin qui, le premier, a tenté de faire connaître plus exactement les granulations moléculaires; il leur a même consacré quelques leçons, qui ont été réunies en un petit volume. Il en distingua plusieurs variétés d'après leur composition chimique, leur couleur, le lieu où on les rencontre; mais il n'y voyait certainement que de la matière amorphe, sans se douter le moins du monde de leur activité chimique, ni qu'elles méritassent quelque attention au point de vue de l'anatomie générale. Il avait cependant remarqué que leur nombre augmentait prodigieusement après la mort, mais sans démontrer comment et pourquoi. Les histologistes, de leur côté, les notaient dans leurs description d'anatomie normale ou pathologique, mais sans essayer d'en découvrir la signification; et c'est tout.

Eh! bien, Ch. Robin, lorsque j'eus fait connaître et défini les microzymas, ne s'y méprit point; avec cet esprit d'indépendance scientifique qui était le sien, il a parfaitement reconnu que, parmi les granulations moléculaires qu'il avait décrites, il y en avait qui méritaient le nom que je leur avais donné, avec la signification que je leur avais trouvée en les considérant comme vivantes. Enfin, dès 1878, il a résolument rattaché les microzymas aux vibrioniens (1).

M. Pasteur ne veut pas qu'il en soit ainsi; pourquoi? Uniquement parce qu'il prétend que cela n'est pas prouvé pour lui. Il soutient qu'à son avis il n'existe point de granulation moléculaire pouvant se transformer en vibrionien. Pour moi, cette assertion, je la constate avec satisfaction, car elle revient à dire qu'en 1886 encore, M. Pasteur nie la naissance des bactéries ou de tout autre vibrionien à même les tissus, c'est-à-dire qu'il maintient son dogme de la fermeture du corps et le dogme de la matière vivante sans structure, c'est-à-dire anhiste.

A ce propos, il m'importe de répéter ici que je n'ai jamais soutenu que tout ce que les savants appellent granulation moléculaire et qui est doué du mouvement brownien, doive être regardé comme un microzyma; mais les microzymas sont compris parmi ces granulations. Bref, tout microzyma est une granulation moléculaire, mais tous les corpuscules que les savants nomment ainsi ne sont pas des microzymas.

Mais ici une remarque est nécessaire.

Si l'on n'y prenait garde, on pourrait s'imaginer que tous les microzymas, sans exception, sont susceptibles de subir l'évolution vibrionienne, dans n'importe quelle situation, et que toute granulation moléculaire trouvée dans un organisme vivant, qui possède l'aspect et la composition requise, est un microzyma. Certainement, toute granulation moléculaire qui peut subir cette évolution est un microzyma; mais, il y a de ces granulations qui, dans les conditions physiologiques ordinaires, ne subissant pas l'évolution, pourraient être méconnues comme microzymas, et qui ne le sont pas moins. Comment sortir d'embarras? Il y a deux moyens: la constatation de l'activité transformatrice comme ferments, et la recherche des conditions capables de déterminer l'évolution vibrionienne. C'est ainsi, par exemple : 1o que les microzymas du jaune de l'œuf de poule ne subissent pas cette évolution, même quand l'œuf, sans être cassé, a été brouillé, c'est-à-dire tué par de violentes secousses, et bien que, exposé à la température requise, au lieu d'un poulet, il s'y développe une altération particulière, qui est une vraie fermentation avec degagement de gaz; 2o que dans l'expérience de M. Pasteur sur le sang, les microzymas de celui-ci, devenus aisément visibles, grâce aux transformations subies, malgré ces transformations, ne deviennent pas bactéries; 3o que les microzymas nerveux évoluent si difficilement que M. Pasteur n'est point parvenu à les cultiver, et que M. Bouley lui a demandé si, par hasard, il n'existerait pas de microbe de la rage, etc. Eh bien! dans ces divers cas, nous verrons à l'aide de quels artifices on peut provoquer l'évolution.

Cependant ces granulations moléculaires, auxquelles personne ne faisait attention auparavant, M. Billroth les décrivit bientôt après sous le nom de *coccos* et M. Hallier sous celui de *micrococcus*. Plus tard, M. Nencki fit voir que M. Tiegel avait vérifié nos observations concernant les microzymas normaux et leur évolution vibrionienne, et il reconnut que les coccus du chirurgien autrichien n'étaient pareillement que des microzymas. Mais, chose étrange, M. Nencki, qui, avec M. Giacosa, avait démontré à son tour la naissance des bactéries à même les tissus, et qui avait dit que les microzymas étaient quelque chose comme le *Monas crepusculum* d'Ehrenberg, sans renier son expérience, en est arrivé, pour com-

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie, etc.* Littré et Robin, 14e édition.

plaire aux microbistes, à admettre que les microzymas étaient des micrococcus, voire des spores de schyzomycètes. D'autres observateurs encore ont vérifié le fait de la putréfaction spontanée des matières organisées et la naissance corrélative des vibrioniens à même les tissus; de sorte qu'aucun fait n'est mieux constaté que la naissance des vibrioniens, sans germes de l'air, dans les tissus sains, et rien de mieux prouvé que certaines granulations moléculaires sont des microzymas.

Malgré tant de vérifications, M. Pasteur soutient qu'il ne connaît aucune expérience qui puisse faire admettre que les granulations moléculaires — « que nous connaissons tous, disait-il, et que M. Béchamp décrit sous le nom de microzymas » — puissent devenir vibrioniens. C'est pourquoi il persévère dans son erreur et ne peut pas apercevoir la contradiction qui est dans les paroles qu'il a prononcées à l'Académie.

Le curieux de l'affaire, c'est que ces granulations moléculaires que M. Pasteur n'avait signalées ni dans son expérience sur le sang, ni dans celle sur la viande, il ne les signala pas davantage plus tard dans ses recherches sur les maladies des vers à soie, appelées *pébrine* et *flacherie*. Bien mieux, lorsque déjà, depuis un an, j'avais décrit la flacherie comme maladie microzymateuse, démontrant dans le ver une pullulation extraordinaire de microzymas morbides (que je découvrais jusque dans les œufs qui pouvaient issir de papillons affectés de cette maladie) et que j'y signalais la présence des microzymas en évolution, depuis le microzyma associé en forme de 8 de chiffre jusqu'à la bactérie, M. Pasteur déclara n'avoir rien vu de semblable, assurant que c'étaient des rêves de mon imagination. Mais si grande est la force de la vérité et des faits bien observés, que 12 ou 14 ans plus tard, M. Pasteur lui-même a fini par les apercevoir et vérifier tout ce que j'avais annoncé. Mais il nomma *microbe en point* ce que j'appelais microzyma et *microbe en point double* ce que je nommais *microzyma associé*. Ensuite, entraîné par le courant venu de l'étranger, il a adopté la nomenclature qu'il apportait et les microzymas devinrent, pour lui aussi, des *micrococcus*, des *micrococques*. Seulement, sans doute pour faire croire qu'il ne regardait pas les micrococques comme étant des microzymas, il a dit à l'Académie que j'admettais la *transformation des microzymas en micrococques*. Mais on n'a vu là qu'une ruse de guerre destinée à donner le change au public. En effet, M. Pasteur le savait bien: je n'ai rien dit de semblable. Je ne commettrai jamais la sottise de soutenir l'absurdité d'un microzyma se transformant en microzyma; j'ai dit, ce qui est bien différent et ce qui est un fait, que les microzymas peuvent se multiplier; et ce fait capital, nous le verrons, deviendra la base de la théorie générale de la nutrition.

La naissance des bactéries à même les tissus et l'existence des microzymas sont deux faits corrélatifs, tous deux confirmés. Les faits sur lesquels la théorie du microzyma repose ont donc été vérifiés par ceux-là mêmes qui la nient.

M. Cornil non plus, je l'ai constaté dans la discussion, ne les nie pas; et s'il les explique par les germes de l'air, c'est seulement, mais sans le dire, en tenant pour non avenu le dogme pastorien de la fermeture du corps à ces germes, dans l'état de santé. Il prétend tout expliquer par ces germes, mais c'est là précisément ce qu'il ne démontre pas.

Je viens encore une fois de retracer l'histoire de la découverte des microzymas pour en présenter une nouvelle défense. Sans doute, elle est confirmée, mais comment se fait-il qu'on ne veuille pas en admettre les conséquences? La réponse est toujours la même : c'est que l'on est encore sous l'empire du préjugé séculaire que l'organisation vivante n'est que matière, comme le pensait Ch. Bonnet, aussi bien que Buffon, il y a plus d'un siècle.

Certes, on connaissait les granulations moléculaires, mais seulement pour les avoir vues; on se bornait à les décrire comme très ténues et comme agitées du mouvement que l'on a appelé brownien (du nom du savant qui a, le premier, observé le mouvement de trépidation dont les plus fines poussières peuvent paraître animées sous le microscope); mais on n'y voyait que de la matière amorphe, sans leur attribuer d'autre importance et surtout sans songer, pas plus que M. Pasteur en 1876, à les rattacher aux infusoires vibrioniens. M. Nencki, après que j'eus fait ce rapprochement, les compara au *Monas crepusculum*, c'est vrai; cependant, je le demande expressément, avant mes recherches, quelle preuve avait-on de la vitalité de ces *Monas*? Quant à leur fonction de ferment, elle était aussi ignorée que celle des vibrioniens en général et que celle des moisissures. Or, ces découvertes, je les réclame comme miennes. Leur organisation et leur spécialité même étaient contestées.

Ce qu'il y a de certain, c'est que Félix Dujardin, le zoologiste qui, en dernier lieu, s'était occupé avec le plus d'autorité des infusoires, avait certainement aperçu les granulations moléculaires dans ses infusions; or, parlant du *Monas termo* de Mueller, il dit en propres termes que ce naturaliste « a pris pour des infusoires les molécules actives de Robert Brown, qui se voient si bien dans une infusion trouble », mais que lui refuse de regarder comme vivantes!

Il reste donc acquis que M. Pasteur ne connaissait pas les granulations moléculaires — je veux dire dans le sens exact et scientifique du mot connaître — et qu'il s'est contredit en soutenant, à la fois, que les microzymas étaient imaginaires comme les molécules organiques de Buffon et réels comme les granulations moléculaires des auteurs.

Agréez, etc.

A. BÉCHAMP.

THÉRAPEUTIQUE

UNE NOUVELLE MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE. — DE LA MÉTHODE OXYDANTE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES ET PARTICULIÈREMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par ALBERT ROBIN.

Ma communication a pour but de combattre les données sur esquelles s'appuient actuellement les méthodes antithermiques et antipyrétiques et de constituer à la thérapeutique des fièvres des bases nouvelles qui soient mieux en rapport avec nos connaissances sur l'état de la nutrition dans les pyrexies.

La statique chimique de la nutrition dans la fièvre typhoïde m'a conduit à poser les trois principes suivants :

1° L'élévation de la température fébrile ne dépend pas d'une augmentation des oxydations organiques;

2° Pendant la fièvre, il y a rétention dans l'organisme de déchets peu solubles, difficilement éliminables, habituellement toxiques;

3° La désintégration organique est très augmentée pendant la fièvre.

Aujourd'hui, je veux solidement asseoir le *premier principe thérapeutique* auquel conduit l'étude chimique de la nutrition dans les fièvres, à savoir que, loin de chercher à entraver les oxydations, la thérapeutique doit tendre, au contraire, à les activer par tous moyens possibles, parce que, contrairement à l'opinion classique, les oxydations subissent dans la fièvre typhoïde une remarquable diminution.

Or,les oxydations parfaites donnent naissance à des produits solubles, facilement éliminables, à peu près dépourvus de toxicité, tandis que les autres procédés chimiques de désintégration organique engendrent des déchets peu solubles, difficilement éliminables, et jouissant, pour la plupart, d'une assez grande toxicité.

Par conséquent, je dois prouver tout d'abord *que dans la fièvre typhoïde les oxydations sont diminuées*

On a cru, à tort, pendant longtemps, que la production de la chaleur était subordonnée aux oxydations organiques. On sait, aujourd'hui, que les oxydations ne sont pas la source exclusive de la chaleur animale et, partant, de la calorification fébrile ; on sait aussi que la désassimilation s'accomplit par des actes successifs dont les premiers sont des hydratations et des dédoublements, lesquels donnent naissance à des produits qui ne sont soumis que secondairement à l'oxydation, et que la chaleur animale résulte de l'ensemble de toutes ces réactions.

Et dans la fièvre typhoïde, comme les actes d'oxydation sont amoindris — toutes proportions gardées — la part qui revient à ces oxydations dans la calorification fébrile doit être réduite d'une manière proportionnelle.

En effet, 1° le coefficient d'oxydation est plus faible dans la fièvre typhoïde que dans les phlegmasies et même que dans l'état normal, puisqu'il ne dépasse pas 74 p. 100 tandis qu'il s'élève physiologiquement à 85 p. 100;

2° La proportion d'urée est en raison inverse de la gravité de la maladie ;

3° L'excrétion de l'acide carbonique du typhique est à celle de l'homme sain comme 83,8 : 100.

L'indication de restreindre les oxydations pour abaisser la température est donc vaine, puisqu'elle agit dans le même sens que la maladie. La thérapeutique doit avoir pour but de régulariser les actes de désintégration organique, de favoriser, par conséquent, les oxydations au lieu et place des hydratations et des dédoublements, afin que les produits de la fonte des tissus, ayant subi une évolution plus parfaite, soient facilement éliminables et aussi peu nocifs que possible.

De là, dérivent deux grandes indications thérapeutiques :

A. *Eliminer du traitement de la fièvre typhoïde tous les moyens et médicaments qui ralentissent les oxydations. Réviser, à ce point de vue, tous les antipyrétiques en usage.*

Voici, à titre d'exemples, quelques faits extraits du mémoire d'ensemble que je publierai sous peu.

Le *sulfate de quinine* ralentit la désintégration, sans diminuer les oxydations, pourvu qu'on se maintienne dans les doses faibles ou fractionnées ; à doses élevées, il abaisse à la fois les oxydations et l'absorption de l'oxygène. Donc, il importe de se maintenir dans les doses faibles et fractionnées.

L'*antipyrine* diminue la désintégration azotée, mais elle diminue plus encore l'oxydation de l'azote désintégré, comme le prouvent les chiffres ci-dessous :

Avant l'antipyrine,	coeff. d'oxydat.	79.9
3 gr. antipyrine	—	77.6
2 gr. antipyrine	coeff. d'oxydat.	75.7
Suppression	—	70.3
Id.	—	73.7

Elle augmente l'acide urique et diminue la quantité d'urée, c'est-à-dire qu'elle élève la somme des déchets peu solubles et d'élimination difficile, pendant qu'elle diminue le véhicule qui doit les entraîner.

Elle augmente l'excrétion de la potasse, c'est-à-dire qu'elle active ou bien la déminéralisation potassique de l'organisme ou bien la destruction des organes riches en potasse (globules rouges).

Voilà plus de raisons qu'il n'en faut pour faire proscrire l'antipyrine du traitement de la fièvre typhoïde et des autres pyrexies.

L'*extrait de quinquina*, l'*alcool*, le *café*, la *résorcine*, la *thalline*, la *kaïrine*, l'*acide phénique*, la *digitale*, etc., ont été soumis par moi aux mêmes investigations et feront l'objet de notes prochaines.

B. *Favoriser, par tous les moyens possibles, les oxydations organiques qui diminueront la formation des extractifs, des ptomaïnes et des leucomaïnes, et qui, en même temps, s'adressant à ceux de ces produits qui sont déjà formés, aideront à leur sortie en les oxydant, c'est-à-dire en les rendant plus solubles et moins toxiques.*

Comment atteindre ce but ?

I. En maintenant dans l'air que respire le malade l'oxygène en quantité et tension convenables (*aération, température basse, diffusion d'oxygène dans l'atmosphère, inhalations d'oxygène*).

II. En maintenant l'appareil respiratoire, considéré comme porte d'entrée de l'oxygène, dans un état aussi parfait que possible.

III. En stimulant le système nerveux, qui préside aux échanges et exerce une influence directrice sur les oxydations. (*Lotions et bains froids* qui augmentent le coefficient d'oxydation, régularisent le rapport de l'acide phosphorique à l'azote urinaire, probablement à l'aide de la stimulation réflexe qu'ils exercent sur le système nerveux).

IV. En choisissant, parmi les médicaments et les médications, ceux et celles dont l'action se juge par une augmentation des oxydations.

Je ne puis que fournir à l'heure actuelle quelques exemples, la révision des médications oxydantes n'étant pas encore terminée.

Parmi les médicaments très oxygénés qui subiraient une réduction dans l'organisme et mettraient de l'oxygène en liberté, j'ai étudié surtout les *chlorates*. Mais comme la réduction qu'ils subissent ne porte guère que sur 7,5 % de la dose ingérée, que pour fournir à l'organisme une quantité sensible d'oxygène, il faudrait accumuler les doses, et que ces doses accumulées sont nécessairement toxiques, les chlorates doivent être repoussés.

Les *iodates* et les *bromates* se réduisent plus facilement, sont plus antiseptiques que les chlorates, mais la question de leur toxicité propre, de leur action nocive sur les globules rouges reste encore réservée.

Il faut donc s'adresser aux médicaments qui favorisent l'absorption de l'oxygène ou la mise en liberté de l'oxygène actif.

Ici encore, la révision est en voie d'exécution. On peut citer, parmi les médicaments qui remplissent ces conditions : l'*alcool à petites doses*, le *chlorure de sodium*, les *alcalins*, les *sels à acides organiques*, les *boissons abondantes*.

Le *deuxième principe thérapeutique*, auquel conduit la statique chimique de la nutrition dans la fièvre typhoïde, est de favoriser par tous les moyens possibles l'élimination des déchets qui sont retenus dans l'organisme. Cette étude a fait l'objet d'un travail, cette année même, dans la GAZETTE MÉDICALE ; et, l'une de ses conclusions les plus précises, c'est que nombre de médicaments dits antipyrétiques — et je prends comme exemple les salicylates — ne diminuent pas les oxydations intra-organiques, mais que s'ils agissent sur la température, c'est en entraînant au dehors, sous une forme soluble, les extractifs peu solubles retenus dans l'organisme. D'où la constitution d'une nouvelle méthode thérapeutique que l'on pourrait dénommer : de l'entraînement par solubilisation des résidus organiques incomplètement oxydés.

Le *troisième principe* consiste à restreindre la désassimilation qui, dans les fièvres, s'exagère à un si haut degré. J'en ferai l'objet d'une étude ultérieure.

REVUE CRITIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'HÉMICHORÉE.

La récente publication, dans la REVUE DE MÉDECINE, d'une excellente revue critique sur l'hémichorée symptomatique par M. Bidon (de Marseille) nous engage à attirer de nouveau l'attention sur l'anatomie pathologique de cette affection et à mettre en relief certains faits peu connus que cet auteur a laissés dans l'ombre. Nous appuyons cette étude sur les documents contenus dans deux thèses de Lyon faites sous la direction du professeur Pierret, l'une par M. Foucherand sur la physiologie pathologique de la chorée, l'autre par notre élève, M. Sage, sur les mouvements choréiformes dans la paralysie générale (1).

Nous n'avons pas à refaire ici l'historique de la question. Tout le monde connaît les importantes recherches faites depuis 1875 par Charcot et ses élèves. Ayant principalement étudié l'hémichorée pré et post-hémiplégique, ils ont attribué à sa lésion le siège le plus ordinaire de l'hémorrhagie cérébrale, la capsule interne, et dans cette dernière une région spéciale. Non seulement la majorité des faits cliniques, mais encore l'expérimentation sur les animaux viennent à l'appui de leur théorie, car, en détruisant sur un chien la zone indiquée, on provoque de l'hémichorée. Cette localisation est donc exacte dans beaucoup de cas, mais, comme nous verrons que certains faits lui échappent, on ne peut pas dire qu'elle est générale.

Les recherches de l'Ecole de la Salpêtrière, concluant en somme à l'existence d'un véritable *centre choréigène*, situé en un point limité du trajet des fibres motrices, provoquèrent en Allemagne d'abord, puis en France, des travaux dirigés dans un ordre d'idées assez différent, et cherchant à prouver que l'hémichorée n'avait pas de localisation spéciale. Eulenbourg signale des cas où elle était sous la dépendance de lésions des couches corticales ; Ewald, Remak, Kuessner, apportèrent des observations analogues ; Kahler et Pick incriminèrent la partie inférieure du faisceau pyramidal entre la capsule interne et la protubérance ; Demange, enfin, vint conclure que l'hémichorée pouvait succéder à des lésions irritatives d'un point quelconque du trajet des fibres pyramidales. En réunissant les opinions de ces divers observateurs, on arrive à dire que le siége du processus peut occuper indistinctement la couche corticale et le faisceau pyramidal, conclusion tout à fait opposée à celle de Raymond et de Brissaud.

A laquelle de ces deux théories en présence devons-nous nous rallier ? L'étude impartiale des faits observés va nous guider.

M. Foucherand fait de la théorie du centre choréigène une critique très serrée que nous allons résumer. Les fibres de la région choréigène de la capsule interne, dit-il, ne diffèrent pas de celles des pyramides antérieures ou des cordons latéraux ; et, puisqu'il est acquis que c'est à ces fibres excito-motrices, troublées dans leurs fonctions, qu'il faut attribuer la production de l'hémichorée, doit-on admettre que le trouble morbide acquis ne peut se produire que dans l'expansion intra-capsulaire de ces fibres ? Evidemment, non ; des dispositions artérielles particulières font de la capsule interne un lieu d'élection pour l'hémichorée cérébrale et par suite pour l'hémichorée qui en dépend, mais c'est tout. La lésion causale est plus fréquente là qu'ailleurs, mais il ne s'ensuit pas qu'elle ne puisse se montrer dans d'autres régions, la statistique le démontre.

Dans la protubérance, le bulbe, la moelle, on rencontre des régions analogues, sorte de carrefours où se trouvent réunies toutes les fibres cérébro-spinales qui se rendent aux cellules motrices situées plus bas. Les cordons latéraux, d'ailleurs, ressemblent fort à la capsule interne et contiennent comme elle des fibres sensitives disséminées ; comme elle aussi ils peuvent, dans certains cas, donner naissance à des mouvements choréiformes partiels. De même qu'une plaque de sclérose située sur ces cordons au niveau des premières cervicales peut produire un tremblement presque choréiforme dans le bras chez les malades atteints de sclérose en plaques, de même un foyer de myélite situé sur un point quelconque de leur trajet peut engendrer une chorée limitée.

Des expériences déjà anciennes (1863) de M. Chauveau viennent à l'appui de cette théorie de généralisation. En sectionnant la moelle au-dessous du trou occipital chez des chiens choréiques, cet éminent observateur voyait les mouvements persister et ne réussissait même à les arrêter dans les membres postérieurs que par la section de la moelle dorsale. D'où il conclut que le processus morbide de la chorée réside dans la moelle. Des faits analogues furent observés sur des chiens atteints de chorée par Gowers et Sankey, qui démontrèrent que, après la section sous-occipitale de la moelle, les mouvements choréiques persistaient dans la tête, preuve de l'existence de lésions bulbaires.

M. Foucherand rapporte ensuite une série d'observations d'hémichorée ou de chorée dans lesquelles les lésions occupaient exclusivement la moelle, soit simultanément celle-ci et l'encéphale, soit parfois les nerfs périphériques seuls. Il termine par cette conclusion générale que *la lésion productrice de la chorée peut siéger en un point quelconque des faisceaux conducteurs des incitations motrices.*

Revenant sur les observations d'Ewald, Eulenbourg et Demange, M. Sage s'est proposé de démontrer qu'une altération

(1) Foucheraud, thèse de Lyon, 1883. — Sage, idem, 1884.

portant uniquement sur la couche corticale suffisait à produire l'hémichorée, et qu'il n'était pas nécessaire que la capsule interne ou tout autre point des fibres motrices soient touchés. Dans ce but, il étudie les mouvements choréiformes qui surviennent dans la paralysie générale sous l'influence de l'encéphalite diffuse.

L'hémichorée, chez ces malades, apparaît presque toujours à propos d'une hémiplégie transitoire, mais persiste après sa disparition. Parfois, elle cesse pour revenir au bout d'un certain temps. Dans certains cas, ce sont les plus fréquents, elle augmente d'intensité à l'occasion de chaque attaque apoplectiforme nouvelle ; dans d'autres enfin, elle subsiste sans modifications appréciables jusqu'à la mort.

Venus à la suite des congestions passagères qui se produisent dans les régions psycho-motrices, entretenus par le travail inflammatoire dont elles sont le siège, ces mouvements choréiformes sont nécessairement sous la dépendance des lésions diffuses répandues dans la couche corticale. L'autopsie vient le démontrer en faisant voir l'absence de lésion en foyer, hémorrhagie ou ramollissement. Nous avons pu le constater nous-même quand nous étions chef de clinique du professeur Pierret sur plusieurs malades et vérifier, par l'examen histologique que la substance grise était seule altérée. La sclérose du tissu interstitiel, progressant à chaque poussée congestive et détruisant les éléments nerveux, est la cause principale de ces troubles moteurs. Il en est des cellules comme des fibres motrices, leur destruction complète amène une paralysie dans la région qu'elles commandent, leur irritation lente et constante par la prolifération conjonctive entrave leur bon fonctionnement.

En résumé, il résulte des recherches dont nous venons de parler qu'il n'existe pas de centre choréigène et que la capsule interne n'a pas le privilège de donner naissance à l'hémichorée. Elles nous permettent d'établir la formule suivante, beaucoup plus générale que celle à laquelle est arrivé M. Bidon.

L'hémichorée ou des mouvements choréiques localisés peuvent être provoqués par toute lésion irritative siégeant soit en un point quelconque des fibres motrices (encéphale, bulbe, moelle, nerfs), soit dans les zones motrices de la couche corticale.

M. Bidon, dont les conclusions se rapprochent assez des nôtres, se contente de donner à la lésion provocatrice de l'hémichorée un siège quelconque sur le trajet du faisceau pyramidal. Il est probable, du reste, qu'il serait arrivé au même résultat que nous s'il avait consulté les sources où nous avons puisé.

Dr G. Lemoine,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, médecin-adjoint à l'Asile d'Armentières.

HYGIÈNE

Le XIIIe Congrès de l'Association allemande d'hygiène publique en 1886.

Les hygiénistes allemands ont tenu leur réunion annuelle en 1886 à Breslau, du 13 au 15 septembre. Le siège du Congrès était heureusement choisi ; la ville même de Breslau est, à divers égards, une démonstration d'hygiène.

Les questions traitées dans cette session, mises à l'ordre du jour dès la réunion précédente, sont d'un ordre très général et préoccupent les esprits en France aussi bien qu'à l'étranger. C'est pourquoi nous avons cru qu'il ne serait pas sans intérêt de faire connaître ici les sentiments qui se sont fait jour à Breslau sur ces sujets importants.

La première question était celle des « *Laboratoires de recherches pour le contrôle des aliments, condiments et objets à usage.* » Le professeur Hilger (d'Erlangen), chargé du rapport, formula ses vues sur ce point en onze propositions, que nous allons résumer sans nous astreindre à suivre leurs numéros d'ordre.

La création de laboratoires publics de recherches, en vue de l'expertise des aliments, condiments et objets à usage, fonctionnant d'une façon permanente et régulière, est un besoin qui s'impose. Les villes importantes doivent avoir leur laboratoire *municipal*. L'Etat a le devoir d'en ouvrir à l'usage des petites villes et de la campagne. Ceux-ci peuvent être annexés aux Universités, aux Ecoles supérieures ; mais leurs fonctionnaires doivent rester absolument indépendants. D'ailleurs, le directeur et les assistants du laboratoire devront posséder à fond les sciences physiques et naturelles, l'hygiène, et être rompus à la pratique des analyses chimiques, microscopiques et bactériologiques. Ils subiront au préalable un examen d'état.

L'action de ces laboratoires ne sortira pas du cercle des aliments, des condiments et objets à usage. Par ceux-ci, il faut entendre : les objets coloriés en bois, en métal, en caoutchouc, en papier, les jouets principalement, les papiers peints, les cuirs, les ustensiles domestiques et culinaires, les matériaux d'enveloppement des denrées alimentaires, les pains à cacheter, le pétrole et autres matières d'éclairage, les produits tissés, les savons et cosmétiques, les préparations secrètes, les substances inflammables, l'eau. Il va sans dire que les agents techniques des laboratoires de l'Etat, qui desserviront les petites localités, se déplaceront, visiteront les communes, les marchés, les usines, etc., en compagnie d'un agent de la police, prélèveront des échantillons, exécuteront des recherches sur place. Cette organisation, alimentée par les contributions provinciales, devra fonctionner d'une façon uniforme dans toute l'Allemagne.

Nous ne sommes pas certain que l'annexion des laboratoires d'expertise à des établissements d'enseignement, même quand ils sont de l'Etat, soit positivement utile et non point gênante pour l'Ecole ou pour le laboratoire, ou pour tous les deux ; mais cela peut être économique. Quoi qu'il en soit, après une discussion assez longue, l'assemblée, sur la proposition du docteur Schmitt (de Wiesbaden), se borna à prendre les deux « résolutions » suivantes :

1° L'assemblée a entendu avec plaisir les conclusions du rapport et s'y rattache en principe ; 2° elle regarde comme très désirable la création, dans chaque cercle de gouvernement, d'au moins un office de recherches pour l'expertise des denrées alimentaires et pour les travaux de chimie physiologique et de bactériologie appliquée à l'hygiène, sous réserve que les personnes appelées à diriger ou à exécuter ces travaux soient préparées dans les institutions de l'Etat et officiellement qualifiées pour ces fonctions ; elle souhaite aussi qu'en dehors des offices de cercle, il soit ouvert le plus possible d'établissements publics de recherches.

Il semble qu'en France nous pourrions formuler des vœux analogues en vue de la création d'un laboratoire public d'ex-

pertisee dans chaque département. Sans compter les fraudes de vieille date, comme l'écrémage du lait, le mouillage du vin, ne sommes-nous pas assaillis par la margarine, les alcools impurs, les hières sans orge ni honblon ?

Le deuxième sujet fut peu discuté, non qu'il fût moins important que lee autres, mais parce que les hygiénistes sont unanimes à son endroit, cas qui n'est pas absolument commun ? Il s'agissait des « *Bains à l'usage du peuple et des Ecoles* ». Le docteur Lassar (de Berlin), rapporteur, calcule qu'il faudrait, en Allemagne, 44,000 établissements de hains à dix cabines l'un, pour que chacun des sujets de l'empereur Guillaume pût être haigné une fois par semaine. On est loin de ce compte; en réalité, 31 millions d'Allemands n'ont que 1,011 établissements; de quoi fournir un hain par tête toutes les trente semaines. La province de Hanovre, la plus favorisée, a un établissement de hains pour 24,000 habitants. En revanche, trente cercles de la Prusse, orientale surtout, n'ont pas le moyen de donner un seul hain. Ce qu'il faut pour rendre le bain abordable au peuple, c'est de le mettre à meilleur marché qu'il n'a été jusqu'aujourd'hui. Le problème sera résolu de la façon la plus fructueuse par la généralisation de la pratique des bains par aspersion ou *bains-douches*, qui coûtent moine de frais d'installation, d'eau et de combustible, que les hains en piscine ou en haignoire, tout en produisant des effets excellents.

Ces principes furent appuyés par M. Merkel (de Gœttingen), co-rapporteur, qui n'eut qu'à citer les très belles applications du bain-douche, récemment réalisées dane les Ecoles primaires de Gœttingen. Là, on baigne en une heure 50 à 60 garçons—ou 25 à 30 fillettes—sans interrompre les classes ni raccourcir les récréations. Le hain est facultatif, mais bien peu d'élèves s'en abetiennent. Les Ecoles supérieuree sont décidées à entrer dans la même voie.

Le médecin-général Roth (de Dresde), qui a introduit le hain-douche dans l'armée saxonne, rappelle les eervices rendus par cette pratique dans les casernes.

On adopta donc, sans modifications sérieuses, les « thèses » présentées par les rapporteurs :

1o L'un des bute les plus importants que l'hygiène pratique ait à poursuivre consiste à introduire les ablutions corporelles par le hain dane les habitudes populaires; 2° pour y atteindre, la multiplication des moyens de prendre des bains, particulièrement sous forme de bains-douches, doit marcher de pair avec les préceptes formulés par l'hygiène à cet égard; 3o la meilleure solution de cette question, quand les communes ne s'en chargent pas, est dans la constitution de Sociétés pour l'exploitation des bains publics par entreprise, sous la surveillance et avec l'aide des municipalités; 4o les hains scolaires, tela qu'ils existent à Gœttingen, méritent de recevoir la plus large extension.

Les bains-douches, comme nous l'avons rappelé dans le temps (1), sont une idée française. Ils sont aujourd'hui d'un usage tout à fait général dans notre armée et l'étaient avant que le docteur Roth les eût introduits dans Albertstadt. Malheureusement, ile ne pénètrent point dans nos Ecoles, non plus, à ma connaissance, que dans nos grands établissements industriels. Dans le travail auquel il vient d'être renvoyé, nous avons tenté de montrer que leur introduction dans lee unes et dans les autres est désirable et possible. Mais, comme disent les Allemands, les réalisations d'hygiène ne vont pas aussi vite que les conseils, fussent-ils très bons. Pourtant, nous ne nous trouverons pas trop humiliée si, l'un de ces jours, quelque ville de France reprend l'idée des bains scolaires — retour de Gœttingen.

J. ARNOULD.

(A suivre.)

(1) ARNOULD (J.) : *Sur la vulgarisation de l'usage du bain* (ANNALES D'HYGIÈNE, 3e série, tome III, 1880, p. 385).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. LES MARQUISIENS, par M. le Dr CLAVEL, médecin de la marine, Paris, 1885, in-8, 182 pages, O. Doin. — II. HISTOIRE DE LA MÉDECINE, par L. BARBILLION, Paris, 1886, 140 pagee, A. Dupret. — III. DICTIONNAIRE DES ALIMENTS ET DES BOISSONS EN USAGE DANS LES DIVERS CLIMATS ET CHEZ LES DIFFÉRENTS PEUPLES, par A.-F. AULAGNIER, 3e édition, revue et publiée par F.-M.-Adolphe AULAGNIER fils, médecin principal des armées en retraite, Paris, 1885, in-8, 887 pages, G. Masson. — IV. ETUDE CLINIQUE SUR LES CAUSES PRÉDISPOSANTES DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, par le Dr SPYRIDON JEAN CANALIS (en grec), Athènes, 1886, in-8,38 pages. — V. DE L'IGNIUM OU LE MAGNÉTISME ANIMAL, par le Dr BAYONNE, Auch, 1884, in-8, 107 pages.

I. M. le docteur CLAVEL, qui a séjourné plusieurs mois aux îles Marquisees, a écrit, sur les habitants de ces îles, une excellente monographie que les médecins et les ethnologistes consulteront avec fruit. Les mœurs et coutumes des indigènes, habillement, alimentation, vêtemente, habitation, etc., sont décrits en détail. L'habitude du tatouage est encore fort en honneur chez les Marquisiens, mais l'on peut dire qu'il perd une grande partie de son importance. Autrefois, les chefs avaient le privilège de certains dessins variables en qualité et en quantité, et les gens de condition ordinaire et inférieure étaient heaucoup moins tatouée que les grands personnages. Néanmoins, quoique le tatouage soit livré à la fantaisie individuelle, un Marquisien tient à honneur d'être tatoué. L'allongement des nymphes chez les femmes est généralement répandu; il est dû à des tractions répétées exercées par les maris. Les scarifications que se font les veuves à la mort de leur mari existent encore dans le groupe sud-est de l'île. De toutes les îles de la Polynésie, les Marquisiens sont considérés comme ayant conservé des habitudes de cannibalisme, non point par goût, mais pour satisfaire plus complètement les vengeances personnelles. Cependant, les cas d'anthropophagie sont aujourd'hui fort rares, grâce à l'influence européenne.

En ce qui concerne la population, M. Clavel publie des tableaux intéressants desquels il résulte bien que l'extinction de la race est prochaine. Aux îles Gambier, le nombre des femmes, comparé à celui des hommes, est de 1 à 12. Partout les décès l'emportent sur les naissances. La grande mortalité des enfants ne peut être attribuée cependant ni à l'avortement, ni à l'infanticide, mais à la syphilis constitutionnelle, au mode défectueux d'alimentation et à la lèpre. Les femmes accouchent assises à terre ou sur une natte, le dos appuyé contre un objet dur, ou placé contre une personne accroupie derrière la parturiente. La mère ou une parente, assise en face, repousse le périnée avec le pied, au moment de l'apparition de l'enfant à la vulve.

Suivent des détails complets sur la pathologie et les diverses fonctions physiologiques des indigènes. La lèpre est l'affection la plus répandue. Enfin, l'auteur termine par l'indication des mensurations anthropologiques qu'il a pu prendre.

II. Le petit livre de M. Barbillion peut être considéré comme un manuel élémentaire bien fait de l'histoire de la médecine. C'est un résumé écrit d'une façon concise pour les médecins et les personnes qui n'ont pas besoin de connaître par le menu les phases historiques de la science médicale. Je n'ai à présenter qu'une critique de détail à l'auteur. Chez tous les peuples primitifs, la chirurgie a dû précéder la médecine proprement dite. Les blessures occasionnées par les chutes, les combats, l'industrie, ont incité des pansements, des procédés de secours très probablement identiques. Il ne déplaît pas de penser, avec M. Barbillion, « que la médecine d'un peuple « donne la mesure de sa capacité cérébrale, comme la méde« cine d'un siècle renseigne sur son développement intellec« tuel », mais, à cette occasion, il ne faut pas oublier que l'évolution de chaque partie de l'art, de la science, de l'industrie, a dû se faire de la même manière partout, chez les peuples primitifs, puis ensuite que, selon le tempérament, la constitution sociale, le climat, cette évolution s'est arrêtée, ralentie ou continuée. Certains procédés et instruments sont aujourd'hui en usage parmi des tribus ou parties de nations dont la culture intellectuelle est bien différente. J'aurais souhaité aussi quelques lignes de plus pour Servet, mais je reconnais également que l'auteur devait se borner ; il commence avant Hippocrate et s'arrête à M. Pasteur, inclus, et je répète que ce petit manuel de 140 pages est le meilleur de tous ceux que nous avons lus depuis longtemps.

D' A. Dureau.

(A suivre.)

BULLETIN

Aperçu critique sur la réforme de la loi du 30 juin 1838 relative aux aliénés

La discussion du projet de loi sur les aliénés, qui se poursuit actuellement devant le Sénat, bien que médiocrement favorisée par les circonstances, attire néanmoins l'attention de tous, en raison de son importance capitale. Le moment me paraît donc bien choisi pour exposer en quelque lignes le plan de réformes proposé, et pour apprécier sommairement ses principales dispositions.

Pour bien comprendre la nature et la portée des réformes actuelles, il me paraît nécessaire de rappeler tout d'abord les points les plus importants de la loi du 30 juin 1838.

Une loi sur les aliénés, il ne faut pas l'oublier, est avant tout une loi médicale, dont le but est surtout de réglementer le traitement des malades atteints de folie. Or, dans ce traitement, interviennent deux choses bien différentes : *l'isolement*, qui constitue la base même de la médication, le principe de *la liberté individuelle*, qui en est la conséquence obligée. Faciliter l'internement dans l'intérêt du malade et de la Société, tout en sauvegardant les droits de la liberté des individus, telle est donc, en fin de compte, la condition d'une bonne loi sur la matière

Le législateur de 1838 avait très heureusement résolu ce difficile problème en simplifiant, d'une part, les formalités du placement des aliénés, de l'autre en multipliant après l'admission les garanties scientifiques, administratives et judiciaires : ce qui donnait satisfaction à la fois au principe médical et au principe social.

Pour cela, il avait institué deux sortes de placements : les *placements volontaires*, ou sur la demande des particuliers, les *placements d'office*, ou par arrêté administratif.

Les formalités d'exécution en étaient les suivantes :

Placements volontaires.

Art. 8. — Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement est réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles. La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte. Les chefs, préposés ou directeurs devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police. Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction ;

2 Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée. Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur ; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement ou de la personne qui fera effectuer le placement. En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin ;

3° Le passe-port ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée qui sera envoyé dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet, ou le maire, en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Placements d'office.

Art. 18. — A Paris, le préfet de police, et dans les départements, les préfets, ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes. Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 20, 21 et 23 seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions sont applicables aux individus placés d'office.

Art. 19. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, les maires dans les autres communes, ordonnent à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

Voilà donc les malades placés, et placés sans complications ni retards ; les uns (plac. vol.) sur la demande de la fa-

mille et la production d'un certificat de médecin ; les autres (plac. d'off.) sur un arrêté de préfet, après manifestation publique de folie et, le plus souvent, examen médical dans un dépôt provisoire.

Quant à la surveillance et aux garanties nécessaires, voici comment la loi les avait conçues. Je parlerai uniquement ici des mesures relatives aux placements volontaires, les plus importants dans l'espèce. La plupart de ces mesures sont communes, d'ailleurs, aux deux ordres de placements.

Art. 9. — Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire un rapport sur le champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. — Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement : 1° au procureur du roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée ; 2° au procureur du roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement ; ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

Art. 11. Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement ; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dons le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accés ou des actes de démence.

Art. 12. — Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et paraphé par le maire sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur, la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne parente ou non parente qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1° le certificat du médecin, joint à la demande d'admission ; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11. Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décés. Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite ; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

Art. 4. — Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés. Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

Art. 29. — Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement et le procureur du roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins. Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée. La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 13. — Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue. S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis, et au procureur du roi.

Art. 14. — Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-aprés désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi ;

2° L'époux ou l'épouse ;

3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ;

4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ;

5° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;

6° Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

Art. 16. — Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

Il faut ajouter enfin à ces garanties les visites faites par les Commissions administratives ou de surveillance dans les Asiles publics, et celles des Inspecteurs généraux représentant le Ministre de l'intérieur dans les Asiles publics et privés.

En résumé, les prescriptions de la loi de 1838 pour l'admission et la surveillance des aliénés, étaient les suivantes :

Admission.— *Placements volontaires* : 1° Demande écrite de la famille ; 2° certificat médical ; 3° certificat de vingt-quatre heures. *Placements d'office* : 1° Manifestation dangereuse de folie ; 2° examen médical dans un dépôt provisoire ; 3° arrêté préfectoral ; 4° certificat de vingt-quatre heures.

Surveillance.— 1° Examen du malade, dans les trois jours de l'admission, par un ou plusieurs médecins délégués par le préfet (placement volontaire) ; 2° certificat de quinzaine du médecin de l'établissement ; 3° inscription mensuelle des changements d'état de l'aliéné sur le registre de l'établissement ; 4° visites du juge de paix, du procureur de la République, du président du tribunal, du maire de la commune, des inspecteurs généraux, avec mission de recevoir les réclamations des aliénés et de prendre à leur égard tous les renseignements nécessaires ; 5° sortie immédiate sur le certificat de guérison délivré par le médecin de l'établissement ; 6° sortie immédiate sur la simple réquisition du curateur, d'un parent, de la personne qui a demandé le placement, de tout individu à ce autorisé par le conseil de famille ; 7° faculté accordée au malade, à son tuteur, à son curateur, à ses parents ou amis, de se pourvoir en tout temps devant le tribunal pour demander sa sortie de l'établissement ; 8° obligations pour les chefs d'établissement de faire parvenir à leur adresse toutes les requêtes et réclamations de leurs pensionnaires à l'autorité administrative et judiciaire, et ce, sous peine de répression sévère.

Telles sont les dispositions édictées par la loi de 1838 et

qu'il m'a paru bon de rappeler ici, car en général, si l'on en parle beaucoup, on les connaît fort peu. On conviendra qu'il était difficile de mieux faire, à tous les points de vue, et que, s'il y avait excès de quelque chose, c'était évidemment du côté des garanties accordées à la liberté des individus.

Cependant, des réclamations ne tardèrent pas à se produire, inspirées pour la plupart par des aliénés intelligents, vindicatifs, enclins au mal, susceptibles d'en imposer par leur apparente lucidité; émanées en particulier de ces *bons persécuteurs* et *processifs* (Querulantem Wahsim des Allemands) dont les perversions intellectuelles et morales ont été si bien mises en lumière dans ces dernières années, elles furent d'abord accueillies par la presse dans un simple but d'opposition, et le thème de la séquestration arbitraire devint un prétexte comme un autre à attaques contre le gouvernement. Bientôt, la littérature tout entière s'en empara, les feuilletons, les romans, le théâtre. Des ouvrages divers répandirent dans les masses les récits de soi-disants attentats à la liberté des individus, et, grâce à l'imagination des auteurs, représentèrent les Etablissements d'aliénés, ces *Bastilles modernes*, sous les couleurs les plus sombres et les plus fantaisistes (1). Dès lors, l'opinion publique fut gagnée, et les préventions les plus injustes passèrent dans les mœurs.

A plusieurs reprises, et sous l'influence de cette espèce de pression extérieure, la question de la réforme de la loi fut soulevée dans les Parlements. Mais, soit obstacles causés par les circonstances, soit difficulté du problème à résoudre, les divers projets ainsi conçus n'aboutirent pas. En 1881, enfin, le gouvernement prit lui-même l'initiative de cette mesure. Une Commission extra-parlementaire fut nommée, dont les consciencieuses et savantes études serviront de base au projet déposé par le ministre de l'Intérieur sur le bureau du Sénat, dans la séance du 25 novembre 1882. Le Sénat, à son tour, nomma une Commission qui, après de longs travaux, des enquêtes nombreuses, des consultations aux magistrats et aux corps savants, des voyages à l'étranger, notamment en Angleterre, en Ecosse et en Belgique, élabora un nouveau projet qui diffère sur certains points de celui du gouvernement, et qui, déposé par elle sur le bureau depuis plus de deux ans, vient de venir il y a quelques jours seulement en discussion.

La première chose qui frappe dans tous ces faits, c'est la contradiction qui existe entre l'opinion des législateurs et les conclusions auxquelles ils aboutissent. Tous, sans distinction de parti, ont rendu un hommage éclatant à la loi du 30 juin 1838, la proclamant l'une des plus bienfaisantes et des meilleures dont s'honore l'humanité (1). Tous ont reconnu combien étaient ridicules et mal fondées les accusations dont elle a été l'objet, et le ministre lui-même a pu déclarer, du haut de la tribune « qu'aucun de ces faits qui ont été cités par la presse, et avec lesquels on a profondément remué l'opinion, n'avait pu être judiciairement établi ».

Une pareille unanimité de sentiments ne pouvait aboutir, en bonne logique, qu'au maintien pur et simple de la loi de 1838, à l'exception des quelques modifications nécessaires.

Or, par une contradiction étrange et qui a frappé tout le monde, nos législateurs, bien que protestant de leur respect et de leur admiration pour la loi existante, l'ont bouleversée de fond en comble pour l'asseoir sur des bases nouvelles, et c'est avec raison qu'un des orateurs a pu déclarer à la tribune « qu'on en disait beaucoup de bien en même temps qu'on la démolissait pierre à pierre, au point que l'on peut presque dire aujourd'hui qu'on l'a enterrée sous des fleurs ».

La raison de cette anomalie n'est pas difficile à saisir, et il suffit de parcourir les débats parlementaires pour en trouver la clef, et à chaque page, à chaque instant, reviennent en effet ces mots magiques qui expliquent tout : « satisfaction à l'opi-

(1) Il n'y a plus, à l'heure actuelle, de bon feuilleton sans aliénés, et on ne saurait s'imaginer à quel degré d'absurdité et d'aberration en sont arrivés, sur ce point, les écrivains.

Aujourd'hui encore, un Journal des plus sérieux, le JOURNAL DES DÉBATS, commence la publication d'une Nouvelle de Paul Lindau, dans laquelle on voit un jeune homme s'installer auprès de sa sœur, malade dans une maison de santé, s'éprendre là d'une jeune fille de bonne famille qui y est devenue, malgré leur délire à toutes deux, l'amie de sa sœur, prendre ses repas, causer, se promener, vivre librement avec elles dans l'établissement, les guérir l'une et l'autre par sa seule présence et par une espèce d'influence magnétique qui s'échappe de lui; enfin demander à un père — qui aurait certes le droit de la trouver mauvaise — la main de sa fille guérie et embrassée par lui. L'établissement d'aliénés se trouve ainsi transformé en une sorte do *Cour d'amour* où des jeunes gens ont toute licence d'aller, de venir, de vivre avec les malades de l'autre sexe qui leur sont totalement étrangères, de les embrasser sur les lèvres, de se fiancer à elles, etc., etc.

Voilà pourtant où le public puise ses idées et ses connaissances en matière de folie et d'asile d'aliénés!

(1) Voici quelques extraits de la discussion qu'il me paraît intéressant de citer :

M. DUPRÉ (président de la Commission). — ... Inspirée par le sentiment le plus profond des besoins de l'humanité, cette loi porte l'empreinte des éminents esprits qui l'ont libellée, et l'on peut dire avec hardiesse que les services qu'elle a rendus aux aliénés, à leurs familles, à la Société, sont aussi nombreux qu'incontestables.

Aurait-elle reçu les témoignages d'admiration et de respect qu'on lui a prodigués, les nations étrangères l'auraient-elles prise pour modèle si elle eût présenté les dangers qu'on lui attribue?

Enfin, messieurs, je crois pouvoir dire sans témérité que, parmi nos lois d'exception, il n'en est aucune qui honore nos Codes à un plus haut degré.

Espérons qu'en tombant de cette tribune, empreintes de la gravité et de l'autorité des déclarations sérieusement motivées de la haute Assemblée, ces paroles calmeront les esprits, apaiseront l'opinion si facile à émouvoir en ces matières, mettront définitivement un terme à de déplorables controverses, et que, s'il en est besoin, la loi de 1838 sortira de nos débats absolument réhabilitée (V. OFFICIEL, séance du 25 nov. 1886).

M. CAZELLES (commissaire du gouvernement). — ... En suivant les discussions de la loi qui est soumise à vos délibérations, on s'aperçoit bien vite que le gouvernement, la Commission et même l'opposition, ne trouvent pas grand'chose à reprendre à la loi de 1838. — M. TESTELIN : C'est évident!

M. TESTELIN. — ... Assurément, quant à moi, à part la garantie de la fortune des aliénés, je ne vois pas ce qu'il y avait à changer à la loi de 1838. Je déclare qu'à mes yeux, c'est une loi des plus humaines, des plus politiques et des mieux conçues que j'aie jamais vues et que j'aie jamais lues. Jamais l'esprit humain n'a fait un effort aussi considérable et n'a fait accomplir à une question d'un seul coup, un aussi grand progrès. Et la preuve, c'est que toutes les autres nations se sont empressées de copier la loi (séance du 4 décembre 1886).

M. DE GAVARDIE. — ... En présence de pareils inconvénients, alors que M. le commissaire du gouvernement vous disait que jamais—et c'est vrai—un abus ne s'était produit, je ne comprends pas que des hommes sensés, sérieux, viennent bouleverser une législation éprouvée par une expérience décisive, et trancher, au mépris des droits les plus sacrés, des questions de cette gravité par des dispositions qui tourneront même, la plupart du temps, contre les intérêts des aliénés (séance du 4 décembre).

nion ». Voilà le mot de l'énigme. C'est donc principalement ponr donner satisfaction à l'opinion, à une opinion que chacun s'accorde à tronver injuste, faussée, pervertie, qu'on procède à une réforme si grave et si dangereuse de notre législation.

Il resterait à se demander, d'ailleurs, si le meilleur moyen de calmer l'injuste préventiou du public est de lui faire ainsi des concessions, et si ce système, loin de fermer la porte aux réclamations futures, ne la lui ouvre pas, au contraire, toute grande. Pour ma part, je pense,avec l'un des orateurs les plus éloquents et les plus sensés du débat, l'honorable M. Testelin, qne « les accnsations qu'on a portées contre la loi de 1838, on ne les épargnera pas davantage à la nouvelle, parce qu'il y a un système qui consiste à ne trouver rien de bon » (1).

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de retenir ici, c'est que l'idée dominante de tout le monde a été de satisfaire l'opinion. C'est l'idée qni a guidé le Gouvernement dans son initiative, comme elle l'a guidé dans la rédaction de son projet ; c'est aussi l'idée qui a présidé aux travaux de la Commission du Sénat ; c'est elle enfin qui a inspiré la plupart des orateurs qui sont intervenus dans la discnssion.

Avant d'exposer et d'apprécier les principales dispositions qui ont été discutées et adoptées, je ne puis m'empêcher de rendre hommage au savant rapporteur de la commission du Séuat, le docteur Théophile Roussel. Poussant la conscience et le devoir de sa charge jusqu'aux plus extrêmes limites, notre éminent confrère a mis au jour un rapport qui constitue, par le nombre des matériaux amassés, le soin avec lequel ils ont été recueillis, la méthode et le talent avec lequel ils ont été classés et exposés, un splendide monument élevé à la fois à la législation et à la science. Si habituée que soit la Chambre haute aux consciencieuses études de ses commissions, elle n'a pu s'empêcher d'être frappée d'un pareil labeur, et les témoignages de respectueuse admiration qu'elle n'a cessé de prodiguer à M Th. Roussel montrent assez combien elle apprécie le mérite de scn œuvre. Il semble même qu'à certains moments elle ait hésité à pousser plus loin la critique et les modifications du projet de la Commission par égard pour son rapporteur.

Examinons maintenant, dans ses grandes lignes, le projet de loi soumis au Sénat et les changements qu'il a subis dans le cours de la discussion.

Dr E. RÉGIS.

(A suivre)

NOTES & INFORMATIONS

DERNIÈRE LEÇON DE M. LE PROFESSEUR PAJOT. — INAUGURATION DU BUSTE DU PROFESSEUR A LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — Samedi dernier a eu lieu, à l'hôpital des Cliniques, la leçon d'adieu de M. le professeur Pajot, suivie de l'inauguration de son buste. Inutile de dire que l'amphithéâtre et ses abords regorgeaient d'élèves, jeunes et anciens, venus une dernière fois témoigner au maître leur sympathie et leurs regrets. Pour la circonstance, le fond de l'hémicycle était tendu de draperies rouges à franges dorées, et sur un piédestal en velours était placé, recouvert d'un voile, le buste en bronze du professeur. Ce buste, produit d'une souscription recueillie parmi plusieurs générations d'élèves,français et étrangers, est offert par eux à la Clinique pour perpétuer le souvenir d'un maître dont l'enseignement a le plus contribué, de nos jours, aux progrès et à la vulgarisation des connaissances obstétricales.

Après une conrte leçon sur un fait clinique de son service, M. Pajot s'est levé et, avec une émotion visible, rappelant le réglement qui fixe à 70 ans la retraite des professeurs dans les Facultés de médecine, il a déclaré qu'il a atteint ce jour même cet âge, et que l'heure de la retraite a ainsi sonné pour lui. Avant de se séparer de ses anciens élèves, de ses plus jeunes disciples et du personnel de l'hôpital, il a tenu à adresser à tous ses remercîments les plus cordiaux. Songeant à ses leçons de la clinique et de la Faculté, où affluaient les auditeurs en si grand nombre, il a pu dire avec un juste sentiment d'orgueil mêlé d'attendrissement : « Oh ! oui, j'ai beaucoup aimé la jeunesse de l'école, mais certes elle me l'a bien rendu ».

Quant au personnel de l'hôpital qu'il va quitter, depuis les chefs de clinique, les sages-femmes en chef et le directeur, jusqu'aux employés subalternes, M. Pajot déclare qu'il doit à tous des éloges, parce que c'est à leur concours intelligent et dévoué pour appliquer scrupuleusement la méthode antiseptique, que la mortalité a considérablement diminué à la clinique. A ce sujet, il rappelle que jadis, remplaçant P. Dubois, il perdit 57 accouchées en 2 mois et demi ; à cette époque, les méthodes aseptiques et antiseptiques n'étaient pas connues. Quelle différence aujourd'hui ! grâce à l'antisepsie, il n'y a pour ainsi dire presque plus de mortalité à la clinique ; on peut y faire les plus graves opérations à peu près sans dangers, il n'y a plus de malades, et les visites du matin consistent à distribuer aux accouchées des aliments et à constater qu'elles n'ont pas de fièvre.

M. Doléris a pris ensuite la parole comme ancien chef de clinique de M. le professeur Pajot. Dans un discours lu et fort bien écrit, il a retracé la vie si bien remplie du professeur, il a rappelé les brillants succes de son enseignement et les services immenses qu'il a rendus aux générations médicales depuis 40 ans ; enfin, il s'est fait l'interprète de tous en exprimant au maître les profonds regrets que cause sa retraite forcée.

Aux cris répétés de vive Pajot et au milieu d'applaudissements enthousiastes, le voile qui couvrait le buste est tombé.

De l'avis de tous les assistants, ce buste, dû au talent de M. Charpentier, est une œuvre remarquable qui, en concourant à perpétuer le souvenir du professeur, devra certainement et justement contribuer à la propre renommée du jeune artiste.

Après une dernière expression de reconnaissance et d'adieux de M Pajot à ses élèves, M. le Directeur de l'Assistance publique a pris la parole. Il n'a voulu, dit-il, confier à personne le soin de représenter l'administration dans cette solennité ; il a tenu à venir lui-même joindre ses sympathies à celles des élèves en médecine, et, comme représentant des pauvres, il a remercié chaleureusement, en leur nom, M. le professeur Pajot qui, en plus des qualités scientifiques rappelées par M. Doléris, a montré constamment qu'il possédait la vertu des forts, la bonté.

(1) Il ne faudra pas du reste, attendre longtemps pour cela, et Henri Rochefort a déjà écrit dans l'*Intransigeant*, à propos de la création d'un asile d'état pour les aliénés dits criminels, l'une des nouvelles réformes qui peuvent passer pour les meilleures, que ce serait toujours la même chose, et que peu importait pour les aliénés, le bagne ou le cabanon.

Cette séance n'a ressemblé en rien aux inaugurations de statues qu'on élève *post mortem* à une illustration, soit par décret, soit par comité ; elle a eu un caractère tout particulier de sincérité profonde et de cordialité intime ; maître et élèves étaient également émus. Quand M. Pajot a quitté la clinique, les assistants ont formé spontanément la haie sur son passage, et tous l'ont accompagné jusqu'au seuil de l'hôpital qu'il a franchi au milieu d'un tonnerre d'applaudissements.

— Séance annuelle de l'Académie de médecine. — Cette séance, qui a eu lieu mardi dernier, a manqué de ce qui en fait le principal attrait : l'éloge d'un ancien membre de la savante Compagnie. M. le secrétaire perpétuel semble se reposer parfois à l'ombre de ses lauriers, et ces mêmes lauriers rendent la tâche de le remplacer si difficile que, malgré l'essai tenté l'an dernier par M. Rochard, personne n'a osé l'entreprendre. L'assistance était relativement peu nombreuse; les dames, qui goûtent surtout ces solennités par le charme de l'éloquence académique, étaient en minorité.

M. Proust, secrétaire annuel, a lu le rapport général sur les prix décernés. Au nombre des lauréats, nous trouvons, parmi les quelques noms étrangers à la médecine, celui de Mme Furtado-Heine, à qui l'Académie a voulu donner un témoignage public d'estime et de sympathie pour la fondation et l'entretien du dispensaire que cette dame a créé en 1884 pour les enfants malades. Nous écrivions naguère, à cette même place, qu'on ne saurait trop encourager de semblables fondations ; nous applaudissons donc à la décision de l'Académie.

M. le secrétaire annuel a payé ensuite, au nom de la savante Compagnie, un tribut de regrets à la mémoire de ceux de ses membres qu'elle a perdus dans le cours de cette dernière année. Il a esquissé rapidement, et en termes souvent heureux, les portraits de Jules Guérin, Dechambre, Bouis, Mialhe, Bouchardat. Ces portraits sont aussi dissemblables que possible les uns des autres : l'ardeur juvénile et l'amour de la lutte qui ont caractérisé Jules Guérin, contrastent avec l'attitude réservée, la bienveillance et le jugement sûr de Dechambre; d'un autre côté, par sa fine bonhomie, Bouchardat se présente à la postérité, comme à ses contemporains, sous une physionomie toute spéciale. Cette diversité des aptitudes et des caractères constitue certainement l'un des éléments les plus puissants de la vitalité d'une Société.

Le Journal des Sociétés scientifiques a publié dans le numéro de mercredi dernier la liste des lauréats proclamés par M. le président. Nous donnerons dans le prochain numéro l'indication des prix proposés pour les années 1887, 1888 et 1889.

— Épidémies. — La ville de Dijon, comme celle de Clermont-Ferrand, paye en ce moment un lourd tribut à la fièvre typhoïde. Les troupes ont été évacuées en grande partie sur les forts, et probablement les établissements d'instruction, comme le lycée, devront être évacués. Il est à souhaiter qu'une enquête sérieuse poursuivie dans ces deux foyers, comme l'a été celle de M. Brouardel dans l'épidémie de Pierrefonds dont il a communiqué récemment la relation à l'Académie des sciences, fasse connaître les conditions pathogéniques de l'épidémie et permette ainsi à l'administration de prendre des mesures propres à éteindre le mal et à en prévenir le retour.

— On signale une épidémie de scarlatine à Tournai et une épidémie de trichinose à Rupersdorf. Le choléra aurait fait son apparition à Montevideo.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie — M. le docteur Clerc, médecin en chef du dispensaire de salubrité de la ville de Paris, vient de succomber à l'âge de 71 ans. Médecin instruit et des plus honorables, M. Clerc laisse de profonds regrets dans le corps médical et dans l'administration à laquelle il était attaché depuis de nombreuses années.

⁂

Académie des sciences. — L'Académie des sciences tiendra sa séance publique annuelle le lundi 27 décembre 1886, pour la proclamation des prix du concours de l'année 1886, et la lecture de l'éloge historique de Flourens, par M. Vulpian, secrétaire perpétuel.

Faculté de médecine de Paris. — L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a dressé comme suit les listes de présentation des candidats pour les chaires vacantes d'anatomie et de physique :

Anatomie.—En première ligne, M. Farabeuf ; en deuxième ligne, M. Rémy.

Physique. — En première ligne, M. Gariel ; en deuxième ligne, M. Desplats.

— Par 26 voix sur 29 votants, elle a présenté M. le docteur Dieulafoy en première ligne pour occuper la chaire de pathologie interne, laissée vacante par la permutation de M. Peter à la chaire de clinique.

— Le personnel du laboratoire de clinique médicale à l'hôpital de la Charité est composé ainsi qu'il suit :

MM. Gauchez, chef des travaux de physiologie pathologique ; Esbach, chef des travaux chimiques ; Suchard, chef des travaux d'anatomie pathologique.

Le personnel du laboratoire de clinique médical à l'hôpital Necker est composé ainsi qu'il suit :

MM Richardière, chef des travaux d'anatomie patholique ; Martinet, chef des travaux chimiques.

Faculté de médecine de Lyon.—Un congé est accordé, pendant l'année scolaire 1886 1887, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Berne, professeur de pathologie externe.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 20 décembre 1886, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM les médecins de première classe de la marine Philip, Alix, Hahn et Ortal.

Muséum. — Par arrêté ministériel, M. Chauveau, inspecteur général des écoles vétérinaires, est nommé professeur de pathologie comparée au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Bouley, décédé.

Cours d'accouchements — MM. Boissard et Berthod commenceront un nouveau cours d'accouchements le lundi 10 janvier, à quatre heures et demie, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Le cours aura lieu tous les jours à la même heure et sera complet en 40 leçons.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser :

A M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare. — A M. Berthod, 139, boulevard Saint-Michel. — A la Maternité.

Erratum. — Feuilleton du 11 décembre, page 592, 2e col., au lieu de : *Solares* (1820), lire : Soares (1821).

— On demande à acquérir à Paris, dans un quartier central, une clientèle sérieuse. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 12 AU SAMEDI 18 DÉCEMBRE 1886

Fièvre typhoïde 40.—Variole 3.— Rougeole 34.— Scarlatine 6. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 31. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 24. — Phthisie pulmonaire 194. — Autres tuberculoses 21. —Autres affections générales 80 — Malformation et débilité des âges extrêmes 50. — Bronchite aiguë 37. — Pneumonie 104. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 27. — au sein et mixte 18. — Inconnu 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 95. — de l'appareil circulatoire 71. — de l'appareil respiratoire 89. — de l'appareil digestif 37 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 8. — des os, articulations et muscles 9 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 21.— Causes non classées 18. — Total de la semaine : 1.054 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Nouvelle Géographie universelle : la terre et les hommes, par Elisée Reclus. Tome XII : l'Afrique occidentale, archipels atlantiques, Sénégambie et Soudan occidental, contenant 3 cartes en couleur tirées à part, 126 cartes intercalées dans le texte et 65 vues on types gravés sur bois. — Paris, librairie Hachette et Cie.

Bains de mer et traitement maritime de la scrofule, par le docteur Louis Amat, médecin-major, avec une préface de M. le docteur Albert Robin, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine.

Des troubles de la digestion, leurs conséquences et leur traitement, par T. Lander Brunton, membre du Collège royal des médecins de Londres. — Londres, Macmillan et Ce.

L'Artillerie, par le colonel Hennebert. Ouvrage illustré de 79 gravures sur bois. — Paris, librairie Hachette et Cᵉ.

Traité des maladies du système nerveux, par James Ross, membre du Collège royal des médecins de Londres. — Londres, J. et A. Churchill.

Société des sciences médicales de Gannat. — Compte-rendu des travaux de l'année 1885-1886 (40ᵉ année). — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, libraires-éditeurs.

Bibliothèque des merveilles. — Les paquebots à grande vitesse et les navires à vapeur, par Maurice Demoulin. Ouvrage illustré de 45 gravures sur bois. — Paris, librairie Hachette et Ce.

Nouveau traitement des affections des voies urinaires et des intoxications du sang par les injections rectales gazeuses, d'après la méthode du docteur L. Bergeon, ancien professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Lyon, par le docteur V. Morel, ancien interne des hôpitaux de Lyon. — Paris, 1886, G. Masson, éditeur-libraire de l'Académie de médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES.

CONTENUES

DANS LE TOME TROIS DE LA SEPTIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1886

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

TABLE DES AUTEURS

FIN DES TABLES